

RELAZIONE DI MARCO SACCHI 06-12-2020

CAPITALISMO DEL CORONAVIRUS

Premessa indispensabile: l'epidemia da Coronavirus non ha nulla di specificamente cinese **esso è il prodotto di una certa "geografia economica" globale**. Non ha nulla di particolarmente eccezionale: **e solo un anello della catena di epidemie tipiche di questo inizio secolo, prodotta dal carattere sempre più devastante assunto dal processo di accumulazione** (le epidemie preesistono al capitalismo, sia chiaro, ma queste sono epidemie connesse da mille fili al capitalismo). **L'epidemia da Covid-19 non è una catastrofe naturale: è una catastrofe sociale.**

Vogliamo precisare: non escludiamo incauti esperimenti militari¹ ma con questo intervento vogliamo sottolineare il fatto che il coronavirus **è l'esito micro-caotico di un generale caos economico, ecologico e politico determinato dalla decomposizione del modo di produzione capitalista.**

Che cosa bisogna intendere per decomposizione del modo di produzione capitalista?

Tutti i modi di produzione del passato hanno conosciuto un periodo di ascendenza e un periodo di decadenza. Il primo periodo corrisponde a un pieno adeguamento dei rapporti di produzione dominanti con il livello dello sviluppo delle forze produttive della società; il secondo esprime il fatto che questi rapporti di produzione sono diventati troppo stretti per contenere questo sviluppo.

Tuttavia, è sbagliato affermare che il capitalismo segue le tracce dei modi di produzione che l'anno preceduto. È importante

sottolineare le differenze fondamentali tra la decadenza capitalista e quella delle società del passato:

- 1) Il capitalismo è la prima società della storia che si estende a livello mondiale, che abbia sottomesso alle proprie leggi tutto il pianeta, per questo fatto, la decadenza di questo di produzione influisce su tutta la società umana.
- 2) Mentre nelle società del passato, i nuovi rapporti di produzione che erano chiamati a soppiantare i vecchi ormai superati, potevano svilupparsi all'interno della stessa società (cosa che poteva in un certo modo, limitare gli effetti e l'ampiezza della decadenza), **la società comunista, la sola che possa succedere al capitalismo, non può svilupparsi al suo interno**; non esiste alcuna possibilità di una qualunque rigenerazione di questa società in assenza di un rovesciamento del potere della classe borghese e dell'estirpazione dei rapporti di produzione capitalistici.
- 3) La crisi generale del capitalismo che dura dalla metà degli anni '70. Crisi che non è solo economica, ma anche politica e culturale.
- 4) Il fenomeno dell'ipertrofia statale, in altre parole quella di un assorbimento della società civile da parte dello Stato (che è lo Stato della Borghesia Imperialista). Si accentua il fenomeno del controllo sociale, contro ciò che è definita "devianza". Non c'è da meravigliarsi in questa fase lo sviluppo della psichiatria, degli strumenti elettronici di controllo e delle cosiddette armi "non letali". In merito a queste ultime, pensiamo solamente al Taser, arma che fa uso dell'elettricità per far contrarre i muscoli. Ebbene l'uso di quest'arma "non letale", secondo la denuncia di organizzazione certamente non rivoluzionaria come Amnesty International, ha provocato la morte negli USA dal 2001 al 2008, di 334 persone. Ed è l'ONU che nel

novembre del 2007 ha equiparato l'uso del Taser a una forma di tortura.

5) Anche se i periodi di decadenza del passato sono stati marcati da conflitti bellici questi non erano neanche comparabili alle guerre mondiali che, per due volte, hanno devastato il mondo.

La differenza tra l'ampiezza e la profondità della decadenza capitalista e quelle della decadenza del passato, non può essere ridotta a una semplice questione di quantità. La società capitalista è la prima a minacciare la sopravvivenza stessa dell'umanità, la prima che possa distruggere la specie umana (armamenti nucleari, biologici e chimici, crisi ambientale ecc.).

Nessun modo di produzione è capace di vivere e svilupparsi, assicurare la coesione sociale, se non è capace di presentare una prospettiva all'insieme della società da esso dominata.

Nell'attuale fase caratterizzata dall'impedimento da parte dei rapporti di produzione capitalisti allo sviluppo delle forze produttive ormai collettive, si determina una fase di decadenza e della successiva di decomposizione.

Manifestazioni evidenti della decomposizione della società capitalista sono:

- 1) Le moltiplicazioni di carestie che avvengono nei paesi definiti “Terzo Mondo” mentre nei paesi “avanzati” sono distrutti stock di prodotti agricoli oppure ci sono abbandonati superfici considerevoli di terre fertili.
- 2) La trasformazione di questo “Terzo Mondo” in un'immensa bidonville in cui centinaia di milioni di esseri umani sopravvivono come topi nelle fogne.

- 3) Lo sviluppo di questo fenomeno nei paesi “avanzati” in cui il numero dei senzatetto e di quelli privi di ogni mezzo di sostenimento continua ad accrescere.
- 4) Le catastrofi “accidentali” che si moltiplicano (aerei che precipitano, treni che si trasformano in casse da morto).
- 5) Gli effetti sempre più devastanti sul piano umano, sociale ed economico delle catastrofi “naturali” (inondazioni, siccità, terremoti, cicloni) di fronte alle quali gli esseri umani sembrano più disarmati laddove la tecnologia continua progredire ed esistono oggi tutti i mezzi per realizzare le opportune protezioni (dighe, sistemi di irrigazione, abitazioni antisismiche e resistenti alle tempeste...), mentre poi, sono chiuse le fabbriche che producono tali mezzi e licenziati i loro operai.
- 6) La degradazione dell’ambiente che raggiunge proporzioni assurde (acqua di rubinetto imbevibile, i fiumi ormai privi di vita, gli oceani pattumiera, l’aria delle città irrespirabile, ...) e che minaccia l’equilibrio di tutto il pianeta con la scomparsa dell’Amazzonia (il “polmone verde della Terra”), l’effetto serra e il buco dell’ozono.

Tutte queste calamità economiche e sociali, se sono in generale un’espressione della decadenza del capitalismo, per il grado di accumulazione e l’ampiezza raggiunta costituiscono la manifestazione dello sprofondamento in uno stallo completo del sistema che non ha alcun avvenire da proporre alla maggior parte della popolazione mondiale se non una barbarie al di là di ogni immaginazione. Un sistema in cui le politiche economiche, le ricerche, gli investimenti, tutto è realizzato sistematicamente a scapito dell’umanità e, pertanto, a scapito del futuro stesso del sistema stesso.

Ma le manifestazioni dell'assenza totale di prospettive della società attuale sono ancora più evidenti sul piano politico e ideologico:

- 1) L'incredibile corruzione che cresce e prospera nell'apparato politico, amministrativo e statale, il susseguirsi di scandali in tutti i paesi imperialisti.
- 2) L'aumento della criminalità, dell'insicurezza, della violenza urbana che coinvolgono sempre più i bambini che diventa preda dei pedofili.
- 3) Il flagello della droga, che è da tempo divenuto un fenomeno di massa, contribuendo pesantemente alla corruzione degli Stati e degli organi finanziari, che non risparmia nessuna parte del mondo colpendo in particolare i giovani, è un fenomeno che sempre meno la fuga nelle illusioni e sempre di più diventa una forma di suicidio.
- 4) Lo sviluppo del nichilismo, del suicidio dei giovani, della disperazione, dell'odio e del razzismo.
- 5) La proliferazione di sette, il rifiore del pensiero religioso anche nei paesi imperialisti, il rigetto del pensiero razionale, coerente, logico.
- 6) Il dilagare nei mezzi di comunicazione di massa di spettacoli di violenza, di orrore, di sangue, di massacri, finanche nelle trasmissioni e nei giornalini per i bambini.
- 7) La nullità e la venalità di ogni produzione "artistica", di letteratura, di musica, di pittura o di architettura, che non sanno esprimere che l'angoscia, la disperazione, l'esplosione del pensiero, il niente.
- 8) Il "ciascuno per sé", la marginalizzazione, l'atomizzazione degli individui, la distruzione dei rapporti familiari, l'esclusione delle persone anziane, l'annientamento dell'affetto e la sua sostituzione con la pornografia, lo sport commercializzato, il

raduno di masse di giovani in un'isterica solitudine collettiva in occasione di concerti o in discoteche, sinistro sostituto di una solidarietà e di legami sociali completamente assenti.

Tutte queste manifestazioni della putrefazione sociale che oggi, a un livello mai visto nella storia, permea tutti i pori della società umana esprimono una sola cosa: non solo lo sfascio della società borghese, ma soprattutto l'annientamento di ogni principio di vita collettiva nel senso di una società priva del minimo progetto, della minima prospettiva, anche se a corto termine, anche se illusoria.

Tra le caratteristiche principali della decomposizione della società capitalista bisogna rilevare la difficoltà crescente della borghesia a controllare l'evoluzione della situazione sul piano politico. L'impasse storico in cui si trova imprigionato il modo di produzione capitalista, i fallimenti delle diverse politiche economiche che si sono attuate, l'indebitamento generalizzato che ha permesso di sopravvivere l'economia mondiale, tutti questi elementi si ripercuotono su un apparato politico incapace di imporre alla società, e in particolare alla classe operaia, la disciplina e l'adesione richieste per mobilitare le forze e le energie verso a sola risposta storica che la borghesia possa offrire: la guerra.

La “geografia economica” che ha generato il Covid-19 è quella che ha fuso in un cocktail esplosivo una sregolata urbanizzazione, l'industrializzazione dell'agricoltura, lo sconvolgimento degli ecosistemi pre-capitalistici. La sua probabile spazio come in una pentola a pressione.²

Non bisogna scordarsi che gli USA hanno messo la Cina nel mirino, accusandola di competere in modo sleale nel mercato globale (prodotti a basso costo, senza tutela per i lavoratori e per l'ambiente).³ Bisogna avere la faccia di palta dimenticando che fu proprio la frazione dominante della Borghesia Imperialista (ovvero l'élite del capitalismo occidentale) ad affidare al Sud-Est Asiatico il ruolo di “manifattura del pianeta”.

Negli anni '90 e nei primi anni del nuovo secolo il capitale in eccesso ha trovato principalmente sfogo nella cosiddetta “globalizzazione” o meglio nella mondializzazione del modo di produzione capitalistico (formazione di un unico sistema capitalista mondiale, esteso a tutti i paesi, che è andato ben oltre la fase della internazionalizzazione del MPC – anni '70 – in cui ai paesi semicoloniali si sono aggiunti i paesi ex “socialisti” o che ancora si definiscono tali come la Cina, nel ruolo di fornitura di materie prime e semilavorati e di produzione di manufatti a bassi salari e senza alti costi relativi alla sicurezza ed alla protezione dell'inquinamento) nelle fusioni e aggregazioni che crearono grandi imprese produttive mondiali⁴ nell'ulteriore sviluppo della finanziarizzazione e della speculazione.

Questo processo di accumulazione capitalista (e del relativo allargamento del proletariato) ha avuto un carattere mondiale, diseguale e combinato. Alcuni paesi ne restavano fuori, o a lato, come se fossero elementi a sé stanti e non invece parte integrante di un tutto unico, di un'unica divisione del lavoro in via di una formidabile ristrutturazione, che vedeva l'ascesa delle piccole tigri asiatiche,⁵ della Cina e di altri paesi emergenti, l'enorme ampliamento del mercato del lavoro planetario, le trasformazioni in corso in campo tecnologico, produttivo,

organizzativo come risposta del capitale globale (quello vecchio e quello nuovo) alla propria crisi.

Il rilancio produttivo dell'ultimo trentennio (stentato in Occidente, poderoso, in larga parte dell'Asia) è stato trainato dalla formazione di un mercato internazionale dei capitali sempre più integrato e deregolamentato pre mano dei grandi stati.

Dall'avvio di questa nuova fase – l'ultima del capitalismo, quella della mondializzazione del MPC, gli investimenti diretti verso l'estero sono passati dai 58 miliardi di dollari del 1982 agli 1.833 miliardi di dollari del 2007, 500 dei quali nei paesi "in via di sviluppo" (140 nella sola Cina inclusa Hong Kong).

I tassi di crescita sono stati: + 23,6% nel periodo 1996-1990, + 22,1% nel periodo 1991-1995, + 39,9% nel periodo 1996-2000 e nel 2006 + 47,2%, questo gigantesco afflusso di capitali ha creato come si diceva prima una mondializzazione industriale.

Con un forte aumento dei reparti produttivi collocati in Asia, in America Latina.

Nel periodo tra il 1982 e il 2007 i dipendenti delle filiali all'estero delle multinazionali sono balzati da 21 milioni e mezzo a 81 milioni e 615.000.

Tutto ciò ha portato, per quanto riguarda la collocazione del proletariato industriale mondiale, che, nel 2008 la grande maggioranza degli operai addetti all'industria è al di fuori degli Stati Uniti, dell'Europa e del Giappone.

Nella sola Cina vi sono attualmente 100 milioni di lavoratori dell'industria, 50 milioni di addetti all'edilizia, 6 milioni di minatori, 20-25 milioni di lavoratori dei trasportatori. Dal 1996 al

2006 la totalità della crescita occupazionale industriale mondiale si è realizzata fuori dai paesi OCSE.

Nei primi 5 anni del XXI secolo Brasile, Cina, Russia e India hanno creato 22 milioni di nuovi posti di lavoro l'anno complessivamente 110 milioni (molti dei quali nell'industria). Questi addetti all'industria lavorano in media 9-10 ore al giorno, se non di più. La grande maggioranza di loro riceve paghe, nettamente inferiori alla media mondiale dei salari industriali degli anni '70. Questa tendenza di fondo è in atto anche per i lavoratori dei paesi imperialisti, statunitensi in testa, che sempre in questo periodo hanno visto venire meno le garanzie occupazionali e il salario ridotto sempre più all'osso.

Questa fase della cosiddetta “globalizzazione” è stata caratterizzata da una riduzione del costo medio della forza-lavoro su scala mondiale, realizzata in misura non secondaria con l'immissione massiccia di forza-lavoro femminile, e, insieme per l'effetto di una forte crescita della produttività del lavoro, specie nei paesi di nuova industrializzazione. Con una formula sintetica si può dire: la massa degli operai (e anche dei tecnici) dell'industria di oggi lavora a orari di fine Ottocento (o che comunque si stanno allungando di continuo), con salari da inizio Novecento e una produttività dà era informatica, o quasi. Questo rilancio capitalistico si è avvalso, infatti, sia dell'estensione della meccanizzazione e della robotizzazione dei processi produttivi alle imprese produttive dei nuovi continenti, che di una nuova rivoluzione tecnica informatica e digitale capace di abbattere i costi di una serie di operazioni amministrative delle aziende, dalla contabilità agli acquisti, dagli inventari alla gestione dei subappalti, dalle comunicazioni esterne a quelle interne. Per non

parlare, poi, di quanto si sono ridotti, grazie alle nuove tecnologie, i costi della circolazione delle merci di una circolazione delle merci fattasi quanto mai veloce, e quelli direttamente quanto mai veloce, e quelli direttamente al processo di produzione.

Oggi che la leadership USA è in crisi, gli Stati Uniti si “ricordano” che la Cina non è “democratica”.

C’è da ricordarsi che Pechino detiene una fetta rilevante del mostruoso debito estero statunitense⁶. Comodo, oggi, per il debitore insolvente, dichiarare guerra proprio alla Cina, che è il creditore. C’è da chiedersi se è in atto una guerra fatta con diversi strumenti: dai dazi ai virus.

Tornando alle cause sociali, economiche e ambientali bisogna ricordarsi che tutto ciò è una vecchia storia che accompagna come un’ombra l’industrializzazione capitalistica fin dall’Inghilterra del XVII secolo. Che è la storia delle pratiche capitalistiche in agricoltura e dello sventramento di contesti naturali ancora (relativamente) intatti per edificare o ingigantire i centri urbani; processi che liberano agenti patogeni rimasti fino ad un dato momento isolati e sconosciuti, e li portano a circolare nel mondo intero e a sottoporsi, nella loro sempre più veloce circolazione, a molteplici, aggressivi mutamenti e passaggi di specie. L’età dell’oro della produzione e circolazione delle moderne epidemie globali (senza per questo, vogliamo precisare, idealizzare in alcun modo il pre-capitalismo) comincia, se cerchiamo una data simbolo, con il 1918, l’anno della terribile influenza spagnola, che coincide con l’epoca dell’imperialismo.

Il bilancio delle vittime di questa influenza, sebbene venga rappresentata come un'anomalia imprevedibile per il carattere del virus, ha avuto un aiuto altrettanto importante dalle condizioni sociali. L'influenza si diffuse rapidamente grazie al commercio e alla guerra mondiale, a quel tempo legati ai rapidi cambiamenti, a quel tempo legati ai rapidi cambiamenti degli imperialismi che sono sopravvissuti alla prima guerra mondiale. E anche qui ritroviamo ancora ancora una volta una storia ormai familiari sul luogo e sul modo in cui è stato prodotto un ceppo di influenza così mortale: sebbene l'origine esatta sia ancora poco chiara, oggi si presume, che il virus avuto origine tra i maiali o il pollame allevati a livello domestico, probabilmente in Kansas. Il tempo e il luogo sono particolarmente degni di nota, poiché gli anni successivi alla guerra furono una sorta di punto di svolta per l'agricoltura americana, che ha visto l'applicazione generalizzata di metodi di produzione di tipo industriale sempre più meccanizzati. Queste tendenze si intensificano solo negli anni '20 e l'applicazione massiccia di tecnologie come la mietitrebbia portò sia ad una graduale monopolizzazione della produzione agricola, che al disastro ecologico, che combinati insieme, causarono la crisi che fu definita dei "Dust Bowl" (la crisi delle tempeste di sabbia che colpirono gli Stati Uniti centrali e il Canada tra il 1931 al 1939) e l'emigrazione di massa che ne seguì. L'intensa concentrazione di bestiame che in seguito che avrebbe caratterizzato l'allevamento industriale non era ancora apparsa, ma le forme elementari concentrazione e produzione intensiva, che avevano già creato epidemie di bestiame in Europa, erano ormai considerate il primo caso di peste bovina propriamente capitalistica, e l'epidemia di peste bovina propriamente

capitalista, e l’epidemia di peste bovina in Africa nel 1890 il più grande delle olocausti epidemiologici causati dell’imperialismo, l’influenza spagnola può essere considerata la prima delle epidemie del capitalismo che ha colpito il proletariato.

Le epidemie sono in gran parte l’ombra dell’industrializzazione capitalista, e allo stesso tempo ne fungono da precursore, il caso del vaiolo e di altre pandemie introdotte in Nord America è un esempio fin troppo semplice da citare, poiché la loro intensità è stata rafforzata dalla separazione delle popolazioni per un largo lasso di tempo dovuta alla geografia fisica – e queste malattie, nonostante tutto, avevano già acquisito la propria virulenza grazie alle reti mercantili pre-capitalistiche e all’urbanizzazione precoce in Asia e in Europa. Se, invece, guardiamo all’Inghilterra, che è il paese che ha visto sorgere il capitalismo prima nelle campagne, attraverso la cacciata dalle terre della massa dei contadini, sostituiti da monoculture di bestiame, **vediamo i primi esempi di queste epidemie chiaramente capitalistiche**. Tre diverse pandemie si sono verificate nell’Inghilterra del XVIII secolo, dal 1709 al 1720, dal 1742 al 1760 e dal 1768 al 1786. All’origine di ciascuna di queste epidemie c’è stato il bestiame importato dall’Europa, infettato dalle normali pandemie pre-capitalistiche che seguivano i periodi di guerra. Ma in Inghilterra la concentrazione del bestiame avrebbe iniziato ad avvenire in modi nuovi, e l’introduzione di bestiame infetto andava quindi a dilaniare la popolazione in modo più aggressivo di quanto avvenisse in Europa. Non è un caso, quindi, che il centro dei focolai di epidemie fossero i grandi caseifici di Londra, che rappresentavano l’ambiente ideale per l’intensificazione del virus.

Queste epidemie portano un segno di classe tanto nella loro genesi quanto nelle loro vittime predilette. Dal nostro punto di vista non è una forzatura ideologica affermare che è in atto una “guerra di classe microbiologica”.

In questo tempestoso inizio di secolo tale guerra pare velocizzarsi come ogni altra dinamica e allargarsi, alimentata dalle molteplici crisi dell’ecosistema globale e degli ecosistemi locali. Nel giro di pochi anni si è verificata una sentenza di epidemie minori (secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità tra il 2011 e il 2018 ci sono stati 1.483 eventi epidemici in 172 paesi. Siamo a quella che si potrebbe definire una “ribellione” alla specie umana delle specie animali addomesticate, da noi forzate ad essere dopate e torturate negli allevamenti intensivi e di quelle non addomesticate, colpite con sventrato dei suoli e dei loro habitat millenari. Una specie umana rappresentata, fin che non gli toglieremo la delega, dai rapacissimi capitale dell’agribusiness, della rendita immobiliare, delle mega-imprese che delocalizzano i propri impianti, specie i più nocivi, nei paesi del Sud del mondo. Questa “ribellione” va di pari passo con la rivolta degli ecosistemi, e segna un’intera epoca, la nostra, in cui la distruzione degli ambienti naturali, ambienti di vita degli esseri umani e delle specie non umane, è causata da un’accumulazione di capitale senza fine estesa da un lato verso l’alto, sistema climatico mondiale, dall’alto, il sistema climatico mondiale, dall’altro verso il basso dentro i substrati micro-biologici della vita.

I vari Stati si sono comportati in maniera contraddittoria. Ad esempio, in Cina prima c’è stata la negazione, la punizione dei presunti “colpevoli” per procurato allarme, della serie mai

allarmare la massa della popolazione specie se, come a Wuhan, è stata in precedenza protagonista di scioperi e manifestazioni. Quindi l'ammissione del problema, l'obbligata scarcerazione e le scuse pubbliche per il caro (alla suddetta massa) dottore Li, che aveva colto per tempo il nuovo pericolo, e la punizione degli incapaci capi locali del partito. Infine, l'imposizione di regole draconiane. In sostanza c'è stata una combinazione tra forme dure di repressione, misure restrittive di timbro militare appello alla mobilitazione volontaria dei quadri e della popolazione locale.

Quel che è certo è che l'esplodere dell'epidemia ha messo in risalto come il sistema sanitario cinese dei tempi affluenti da un punto di vista economico (quelli che vanno dal '76 in avanti) sia più debole e inefficace, nel fornire le cure di base universali, rispetto al sistema sanitario dei tempi di Mao che era stato capace di innalzare le speranze di vita della popolazione cinese – che viveva in una paese semicoloniale e semifeudale – dai 45 a 68 anni - e garantire l'accesso gratuito di tutti alle medicine e alle informazioni essenziali, questo è un miracolo ottenuto dallo Stato uscito dalla rivoluzione di nuova democrazia.

Impressiona soprattutto il livello di scopertura sanitaria degli emigranti interni: solo il 22% di loro ha un'assicurazione medica di base.

Nonostante che la Cina sia per valore del Pil, la seconda economia del mondo, l'avvenuta di semi-privatizzazione del sistema sanitario e l'impunità accordata a tanti imprenditori privati che si sottraggono ai versamenti necessari per farlo funzionare, lasciando intendere la direzione di marcia: si va verso

il “disinvestimento statale massiccio nel sistema sanitario”. Da qui il ritardo con cui si è mosso l’intero apparato.

Questi sono i frutti della restaurazione capitalista in Cina.

Tornando al Coronavirus, l’epidemia ha reso più grottesche che mai le sparate “sovraniste” sulla chiusura delle frontiere. Tanto più dai leghisti che hanno fatto delle promozione delle esportazioni italiane nel mondo la loro missione di vita; o da tutta quella sinistra borghese che vuole liberarsi dalla Germania (e dall’Euro) perché l’Italia nuoti da sola e sovrana nel mercato mondiale (come se i virus girerebbero al largo per celebrarne la sovranità riconquistata).

Anche in Italia il governo ha oscillato in maniera vistosa, ma con una sequenza diversa rispetto a quello cinese.

Quello che si potrebbe definire “modello cinese”, è consistito dal fatto che il governo come si è visto dopo qualche esitazione iniziale, assumere drastiche iniziative per ostacolare la diffusione da persona a persona del virus. In pratica, il governo cinese ha ritenuto che il modo di più efficace sia quello che le persone non si devono incontrare tra di loro.⁷

Questo modello richiede due condizioni per essere implementato con successo:

- 1) Una è la determinazione del governo a far passare avanti la tutela della salute alle esigenze a breve termine dell’economia (tenendo conto che si tratta di una sola regione della Cina e non dell’intera nazione).

2) Un'altra è la mobilitazione della popolazione.

L'altro modello si potrebbe definire quello posto dalla Germania, in cui un governo reticente, ha fatto ogni sforzo per nascondere i dati evitando le diagnosi e riclassificando i morti⁸ perché teme le conseguenze economiche.

In Italia si è attuato un modello intermedio, più vicino a quello cinese, anche se a tratti si sono avute delle tentazioni verso quello tedesco (ad esempio Confindustria e le altre associazioni industriali). Quel che si è fatto è quello è stato di assumere iniziative drastiche di confinamento, quelle che sono definite “zone rosse”, che sono le zone più importanti del paese sotto il profilo economico, ma senza il coordinamento e soprattutto la determinazione necessaria.

Con lo scoppio dell'epidemia in Italia le strutture sanitarie pubbliche sono un passo dal collasso anche al Nord. L'Italia degli intoccabili F35 e delle trenta missioni militari all'estero, l'Italia settima-ottava potenza industriale del mondo, **ha su tutto il territorio nazionale la miseria di 5.000 posti di terapia intensiva (e un ventilatore polmonare costato da 4.000 a 17.00€)**. Il taglio di oltre 10.000 medici e infermieri, di oltre 70.000 posti letto, di 37 miliardi di finanziamenti in 10 anni (su un fondo sanitario nazionale ai 115 miliardi) e l'assenza di qualsiasi forma di prevenzione a prevenire il fronteggiare le epidemie globali in via di moltiplicazione, non poteva produrre altro risultato. Questo stato di cose è una condanna senz'appello per le politiche di amputazione del sistema sanitario nazionale attuate negli ultimi vent'anni da tutti i governi, di destra, di centro sinistra, da tutte le regioni: destra e di centro sinistra. I provvedimenti di estrema

emergenza presi dal governo Conte bis, servono ad occultare le inefficienze e i vuoti nella tutela della salute della popolazione creati, con criminale metodicità, da decenni di tagli alle strutture pubbliche e di privatizzazione della sanità, deliberati dalle camarille affaristiche al soldo delle grandi industrie e dei boss della sanità privata a partire dalla banda Formigoni in Lombardia. In quegli stessi decenni è stato brutalmente precarizzato il lavoro del personale sanitario. Ora tanto il governo PD-Cinquestelle quanto l'opposizione di destra vogliono evitare a tutti i costi che in un paese sempre più privo di “eccellenze” e di miti fondativi, crolli uno degli ultimi miti del capitalismo made in Italy: la cosiddetta “eccellenza sanità”. Ormai è evidente a tutti che in Italia si è sviluppato un capitalismo che riesce a difendere il proprio ranking internazionale di componente del Club imperialista occidentale che riesce a reggersi in piedi solo ed esclusivamente schiacciando sempre più verso il basso i bisogni, le aspettative (ormai anche le aspettative di vita), i diritti dei lavoratori.

Ma c'è anche una ragione più profonda e generale per queste misure esagerate, che stanno portando per giunta ingenti danni all'economia: usare l'occasione offerta dalla crisi del coronavirus per imporre a tutte le classi sociali e innanzitutto ai lavoratori, **un clima da coesione nazionale**. Il governo Conte bis, che è arrivato a questa crisi in grande affanno, sta cercando di recuperare fiato. E sopra di esso il regista il Quirinale è tornato a esporsi al proscenio per giocare, nell'interesse dell'intera classe capitalistica, la carta dell'unità intorno più che al governo, **alle istituzioni dello Stato**. Obbligato a ciò dalla situazione confusa e sfilacciata, densa di conflitti tra governo e regioni, tra regioni e

sindaci, tra alleati di governo e alleati dell’opposizione, e di colpi sotto la cintura inferti all’Italia dei fratelli-coltelli europei. I poteri forti di cui Mattarella è ottimo interprete, provano a cogliere l’occasione infausta per rottamare il M5S, spingere all’angolo figure ormai da avanspettacolo (Di Maio, Renzi), mettere in ordine la Lega, statizzare sempre di più CGIL-CISL-UIL come organi di controllo dei lavoratori, soffiando sull’orgoglio nazionale per limitare i danni e rilanciarci domani.

L’imposizione di regole rigide “per tutti” ha per destinatari da un lato i cosiddetti ceti “medi”, dall’altro il resto del mondo del lavoro. Ai primi, si chiede un po’ di disciplina, quella disciplina che è generalmente mancata alla moltitudine di padroncini, commercianti e simili, per l’abitudine invetera a godere di ogni sorta di esenzione fiscale, rendine di posizione, privilegi corporativi. Una disciplina oggi necessaria anche per imporre il pugno di ferro alla massa dei lavoratori e stroncare sul nascere, è questo il sogno, ogni forma di conflitto sociale.

Attualmente siamo di fronte a situazione dove il livello di conflittualità sociale ridotta a livelli infimi. Ma tra l’inevitabile recessione, le guerre in Medioriente, le crisi ambientali e sanitarie, ciò che si prospetta **è un’ulteriore polarizzazione sociale, un’ulteriore imposizione di sacrifici e di repressione.** La semina dall’alto di paure, psicosi sociali e razzismo, razzismo anticinese in questa occasione (anche se non c’è un solo cinese ammalato di coronavirus in Italia), le rigide misure di isolamento nelle case, servono a rendere il più difficile possibile la risposta

La risposta da parte delle masse popolari alla crisi del coronavirus (doppiata dall’accentuazione della crisi economica) e

al suo uso da parte dei padroni, delle banche, del governo, dello Stato, **si deve articolare a più livelli**, tenendo conto che l'attuale stato di shock, di paura e quasi di paralisi vissuto dalla gran parte delle masse popolari è destinato a lasciare il campo a sentimenti di tutt'altro quando l'emergenza sarà superata e si dovrà fare i conti con i pesantissimi danni che l'asse governo/padronato cercherà di scaricare sulle spalle dei lavoratori.

C'è un primo livello di risposta immediato, sindacale o sindacal/politico, già assunto da quella parte del sindacalismo di base che si pone sul terreno di classe e da altri organismi: **invitare i lavoratori a prendere nelle loro mani la difesa della salute e di tutta la popolazione, a cominciare da quelli della sanità, i più colpiti finora in prima linea nella “guerra al virus”, senza che le più elementari norme di precauzioni venissero rispettate.** La misura del disprezzo di Stato e governo, del disinteresse, dell'incuria, del cinismo dei padroni verso i lavoratori salariati è espresso dal fatto che milioni di operai/salariati sono tuttora coatti ogni giorno al lavoro a loro rischio e pericolo. Il risultato è che non si contano più le fabbriche, i magazzini e gli altri posti di lavoro in cui è entrata l'infezione. **Bisogna che i lavoratori autorganizzati pretendano e costringano i padroni e le istituzioni rigide misure di protezione della salute. Che non è solo la salute dei milioni di lavoratori costretti ad andare a lavorare, ma è anche la salute dei loro familiari e quanti vengono a contatto con loro, raccogliendo e generalizzando e generalizzando degli operai FCA di Pomigliano che hanno fermato produzione per questo motivo, scavalcando la colpevole inerzia di Fiom-Fim-Uilm.** Bisogna rivendicare un piano

di assunzioni straordinario nella sanità pubblica che non si limiti a quello sbandierato dal governo Conte, e conduca al reintegro totale alla scopertura totale di austerità, con il totale l’assorbimento totale dell’enorme area di precarietà. Che si sviluppi un movimento di massa che imponga ai comuni la requisizione senza indennizzo delle strutture della sanità privata, ultra-beneficate dallo Stato e ora pronte a fare profitti sul collasso delle Asl. Rivendicare misure che tutelino in pieno i posti di lavoro e i salari di quanti/e dipendono da imprese o enti costretti al fermo totale delle attività, non consentendo al governo di risparmiare sul sostegno alle famiglie, e soprattutto sulle donne, per largheggiare, come al solito, con i regali alle imprese. Impedire che il lavoro a casa diventi una forma abituale di lavoro segretato e segregante, e che le lezioni a distanza soppiantino la vita scolastica in diretta. Denunciare l’impunità accordata da Stato e governo ad ogni genere di speculazione affaristico-securitaria sulle forniture agli enti ospedalieri, ai comuni, ai singoli cittadini, come si trattasse di qualcosa di inevitabile.

E soprattutto e prima di tutto respingere al mittente la pretesa di azzerare gli scioperi, le lotte, l’organizzazione di classe, i contratti di lavoro in scadenza, mentre si dà modo ai capitalisti o ai direttori delle Asl di usare l’emergenza per i propri scopi. Non possiamo assolutamente cedere al terrorismo di Stato contro ogni forma di socialità! Per questo è della massima importanza continuare ad esercitare, con gli accorgimenti del caso, il diritto di sciopero, organizzare assemblee sui luoghi di lavoro, trovare il modo di manifestare, senza arrendersi alla pretesa degli apprendisti stregoni che ci hanno scaraventato in questo disastro,

di esercitare il loro comando sulla società e sulla nostra classe come e più di prima. **Abbasso la militarizzazione dei territori, della vita sociale, dei luoghi di lavoro.** Il disastro in atto è in tutto e per tutto capitalistico, e i suoi costi non debbono essere scaricati sui proletari. Non dobbiamo barattare i nostri diritti e le nostre libertà in cambio di un presunta “sicurezza” regalata da chi ci ha condotti nel terreno di tutte le insicurezze!

REGIONE LOMBARDIA: UN ESEMPIO DI UNA SANITA' PRIVATIZZATA

Il modello sanitario lombardo assieme a quello toscano è (prima della marea degli scandali che hanno travolto la giunta regionale lombarda e dopo con lo scoppio della pandemia) stato considerato un modello da esportare in campo nazionale, nella realtà l'unico dato oggettivo, al di là della retorica, questo modello deve essere considerato come un ulteriore e pesante attacco alla sanità pubblica.

Il servizio sanitario italiano dagli anni 30 fino ai giorni nostri

Le prime leggi organiche in materia di assistenza sanitaria sono rappresentate dai regi decreti n. 1263 (1934) e n. 1634 (1938) che riordinava le norme concernenti, l'ordinamento dei servizi sanitari e ospedalieri, delle professioni mediche e sanitarie, delle norme igieniche del territorio, degli alimenti ecc.

Durante il periodo fascista una consistente fascia di lavoratori/trici era esclusa dall'assistenza sanitaria mutualistica, negli anni '45-'50 in seguito alle lotte della classe operaia e delle masse popolari, fu imposto alla classe dominante l'adozione di misure per migliorare le condizioni igienico-sanitarie della popolazione e dare all'organizzazione sanitaria un nuovo assetto, fino al riconoscimento del diritto universale all'assistenza e alla prevenzione della malattia. Verso gli anni '50 l'assistenza sanitaria fu gradualmente estesa ai pensionati dipendenti dello Stato, ai pensionati per invalidità e vecchiaia dell'INPS, ai coltivatori diretti, agli artigiani, ai commercialisti e ai professionisti.

L'estensione non cancellò comunque, la disparità di trattamento degli assistiti (nell'assistenza diretta e indiretta tramite i rimborsi spesa), gli squilibri territoriali (tra la città e la campagna e tra Nord/Sud) e la mancanza di protezione sociale per i disoccupati, gli immigrati e i giovani in cerca di prima occupazione.

A cavallo degli anni '60 e '70, in seguito ad un ciclo di lotte memorabili, ci fu la conquista dello Statuto dei lavoratori (1970).

Lo Statuto dei lavoratori riconobbe alcuni diritti fondamentali, come quello alla non licenziabilità senza giusta causa, nelle

aziende con oltre 15 dipendenti (art. 18), oltre al riconoscimento della sicurezza e della tutela della salute nei luoghi di lavoro.

Oggi grazie ad una serie di “provvedimenti risparmio”, che vanno dal Pacchetto Treu, passando per la Legge 30 fino all’attuale Jobs Act, i giovani ed i disoccupati non hanno più nessuna forma di protezione.

La Legge 132 rinnovò la struttura degli ospedali, individuando per ciascuno di essi i servizi necessari, trasformandoli in enti con finalità sanitaria più ampia che non la semplice diagnosi e terapia. Il numero dei posti letto passò dai 3.76 per mille abitanti nel 1956, a 5 per mille per abitanti nel 1962, fino a raggiungere il 10 per mille nel 1974.

Nel 1978 arriva alla Legge 833, la riforma sanitaria che istituisce il Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.), emanata dopo anni di rinvio e varie proposte di legge e anticipata da alcune leggi regionali. La riforma sanitaria si basava su 3 cardini: prevenzione, cura e riabilitazione, ispirandosi dal punto di vista del funzionamento delle strutture (USL, istituite allora, ospedali, cliniche universitarie, istituiti di ricerca ecc.) ai principi di universalità, egualanza, globalità degli investimenti e partecipazione dei cittadini.

Questa legge, come altre in materia di sanità, Legge 194/78 sull’aborto, Legge 180/78 (Legge Basaglia) sulla psichiatria, furono il frutto di una stagione di lotte dalla classe operaia e del resto delle masse popolari, ed ebbero come riflesso la nascita di un forte movimento culturale sorto all’interno della medicina, come Medicina Democratica.

La Legge Basaglia segnò una rivoluzione nel campo della psichiatria, perché dispose la chiusura dei manicomì, limitando a

casi eccezionali e per periodi ben definiti, i ricoveri coatti all'interno di strutture ospedaliere, in modo da ridurre le forme di discriminazione e segregazione, con l'obiettivo di reinserire quello che è definito il “malato” nella vita sociale attraverso lo strumento della prevenzione.

Tutte queste lotte chiedevano un nuovo modo di porsi della medicina di fronte alle modificazioni della società, dell'ambiente, dei comportamenti, delle tecnologie, un'esigenza di equa e migliore tutela sanitaria e sociale, quindi anche migliori case, servizi, infrastrutture, ecc.

Nella fase storica attuale, tutti i diritti conquistati in questo periodo, dalla metà degli anni '70 con l'avvio della crisi generale del capitalismo, sono stati progressivamente cancellati: la Legge 833, fu gradualmente smantellata, la Legge Basaglia è continuamente minacciata da tentativi di controriforma, la Legge 194 è stata pesantemente attaccata, in modo trasversale, attraverso l'approvazione nel 2004 della Legge 40 sulla procreazione assistita.

La Legge 40 pone come sua premessa, la salvaguardia a tutti i costi dell'embrione, considerato come una persona a tutti gli effetti, quindi, da impiantare sempre anche in presenza di forte rischio di gravissime malattie genetiche. Questa legge, cavalcata dalla Chiesa cattolica, è usata come pesante attacco culturale contro la Legge 194, è un “cavallo di Troia” che consentirà, in mancanza di una sua difesa, la cancellazione o il forte ridimensionamento della 194 stessa.

Dalla fine degli anni '70 inizia gradualmente lo smantellamento della sanità pubblica, fermo restando che, come nel caso della 833, molti aspetti non furono attuati (si pensi alla prevenzione,

alla mancata costituzione al Sud dei distretti sanitari, al mancato varo del Piano Sanitario Nazionale), altri furono attaccati all’indomani della loro attuazione. Facciamo un esempio: tre mesi dopo il varo della riforma, fu introdotta la famigerata “tassa della salute” e i ticket sanitari e sulle prestazioni sanitarie.

Nel 1987 il democristiano Donat Cattin allora Ministro della Sanità, fu l’ispiratore di una nuova filosofia dell’assistenza sanitaria, che determinò un peggioramento a 360° attuato attraverso:

- Una riduzione dei posti letto.
- Il blocco alle assunzioni dei medici e degli infermieri (a fronte di una notevole mancanza di personale rispetto dalla legge che aveva istituito il SSN).
- Il pagamento delle prestazioni con l’introduzione di prestazioni gratuite solo per i poveri.
- La riduzione dei giorni di degenza ospedaliera.
- La riduzione delle USL.
- La gestione degli enti pubblici addetti all’assistenza sanitaria come aziende aventi come obiettivo principale il raggiungimento di obiettivi finanziari.

Questa filosofia passò principalmente attraverso le leggi annuali sulla pubblica finanza, le varie finanziarie che si sono susseguite negli anni.

La legge finanziaria del 1991 stabiliva che le regioni dovevano provvedere a programmare la ristrutturazione della

ristrutturazione della rete ospedaliera in modo da realizzare i seguenti obiettivi:

- Occupazione media annua dei posti-letto a un non inferiore al 75% delle giornate.
- Dotazione complessiva di 6 posti-letto ogni 1.000 abitanti di cui 0,5 per mille riservato alla riabilitazione e alla lunga degenza.
- Disattivazione e/o riconversione degli ospedali con meno di 120 posti letto (con la conseguenza messa in mobilità d'ufficio o disponibilità del personale addetto).

In tutti quegli anni, fino al 1992, vi fu una serie di interventi a raffica, da parte di industriali, baroni della medicina ed esponenti di governo (il Ministro della Sanità era all'epoca De Lorenzo), contro il cosiddetto “stato assistenziale” (di cui la sanità è parte integrante).

Sono gli anni di Tangentopoli, delle maxitangenti (come lo scandalo Montedison), delle ruberie e delle truffe in campo sanitario (come il sangue infettato dal virus dell'epatite C lasciato circolare liberamente per anni), che porteranno all'arresto del Ministro De Lorenzo e del suo sottosegretario Poggiolini, beccati con “le mani nella marmellata”.

In tutti questi interventi e nella parallela guerra mass-mediologica contro la “malasanità”, **la sanità è trattata come un settore dell'economia nazionale che deve essere valutata sulla base dell'efficienza produttiva e di conseguenza ridotta ai soliti parametri economici.**

Reclamando a gran voce la “liberalizzazione” e la “privatizzazione” si arriva al 1992, al Decreto 502 del governo Amato dal titolo *Riordino della disciplina in materia sanitaria*, che introduce pesanti tagli all’assistenza sanitaria, **basandosi sul concetto che lo Stato non può garantire tutto a tutti**, ma solo erogare uno standard minimo di prestazioni, lasciando così di conseguenza, alle Regioni, il compito di ridefinire i fondi attraverso una maggiore autonomia impositiva (dalla riduzione degli esoneri ai ticket, all’aumento dei contributi sanitari versato dai/dalle lavoratori/trici). In questo modo, dal punto di vista normativo ed economico si esautora l’ente che era stato il cardine della 833, cioè il Comune.

Come conseguenza alle USL è attribuita autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, della gestione e tecnica con un’organizzazione tipica del modello aziendale. Avviene di conseguenza il trasferimento di denaro dallo Stato alle USL, secondo parametri non più determinati dai bisogni dei cittadini, ma dalle risorse disponibili e la remunerazione, secondo la logica del mercato, sarà a tariffa, cioè in base alle prestazioni erogate.

Con il decreto 502 s’introduce la legge del mercato del profitto nella sanità pubblica e questo comporterà come vedremo conseguenze molto gravi.

I primi effetti si cominciano a vedere da subito, il 1° gennaio 1993 lo Stato non ripiana più il disavanzo delle regioni, con un’inevitabile diminuzione quantitativa delle prestazioni e uno scadimento qualitativo, oltre ad un maggior costo per chi ne usufruisce.

Gli ospedali specialistici sono costituiti in aziende dotate di autonomia amministrativa, è autorizzato l'accorpamento degli ospedali generali nelle USL dove ne esistono più d'uno, viene disposta la costituzione di appositi fondi integrativi sanitari per fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal SSN (favorendo quindi le assicurazioni e spremendo i lavoratori), viene disposta la creazione di una forma di assistenza differenziata (a questo fine le regioni hanno ricevuto la facoltà di creare società miste a capitale pubblico e privato), viene demandata alle regioni la diminuzione del numero delle USL, in modo che, a parte alcune eccezioni, ogni USL coincida con una provincia.

Nel 1992 le esenzioni dai ticket per fasce di reddito stabilite sono abolite e nel 1994 sono ridotte ai soli minori di 12 anni ed agli ultra sessantenni.

Nel 1995 lo Stato riduce del 18% la spesa sanitaria destinata all'acquisto di beni e servizi.

La Legge Finanziaria del 1993 dispone ancora dei tagli:

- Diminuzione ulteriore dei posti letto, da 6 a 5.5 ogni 1.000 abitanti (tornando così al livello del 1962).
- Inasprimento dei ticket sui farmaci e sulle prestazioni sanitarie.
- Istituzioni dei ticket sul pronto soccorso, quando non sia seguito da ricovero.

Con la privatizzazione sono dati, all'interno dei presidi ospedalieri e delle aziende ospedaliere, spazi ai medici per l'esercizio della libera professione, riservando a camere a pagamento (con meno del 5% e non più del 10% dei posti letto disponibili).

Con la Legge Finanziaria del 1998, infine, si arrivò al blocco delle assunzioni.

Con tutti questi provvedimenti è avviato e portato avanti il processo di privatizzazione della sanità che verrà completato con la cosiddetta "Riforma sanitaria ter" ovvero il Decreto Legislativo del 19/06/1999 n. 229, del Ministero della Sanità dell'allora governo di Centro-sinistra Rosy Bindi.

Questa legge accelera il processo di aziendalizzazione e privatizzazione della sanità, le aziende sanitarie sono disciplinate con atto aziendale di diritto privato, sogrette al vincolo di bilancio e governate da un Direttore Generale, affiancato da un Direttore Sanitario e un Direttore Amministrativo, che ha poteri mai visti prima nella dirigenza pubblica.

Il Direttore Generale è responsabile di tutta la gestione e dei risultati economici dell'azienda, se crea profitto, guadagna di più, altrimenti può essere buttato fuori.

Le conseguenze dell'agire di questa figura sono sotto gli occhi di tutti, si è risparmiato su tutto: personale, strutture, apparecchiature, perfino lenzuola, aghi, siringhe, ecc. per puntare solo all'apertura di reparti ultra specialistici, all'uso di apparecchiature più sofisticate o alla moda che servissero ad attirare clienti soprattutto da ASL che devono così pagare la prestazione. Si sono inventate, per il profitto, modalità di

gestione impensabili, per esempio in certi casi, si sono affittati spazi ospedalieri pubblici a medici privati.

Il Direttore Generale è potente solo verso il basso e assolutamente inerme verso l'alto, dove comandano i Governatori delle Regioni (definizione pomposa per definire i Presidenti di Giunta) e gli Assessori della sanità che lo designano in base ai propri criteri partitici e lo tengono permanentemente sotto ricatto, potendolo anche destituire.

Questo meccanismo ha dato il via a una lottizzazione sfrenata, che va dai primari alle caposala e vede coinvolti Direttori Generali di Centro-sinistra (all'epoca al governo di ben 18 regioni italiane) e Direttori di Centro-destra.

Sempre in quest'ottica si sono vincolati anche i primari e perfino le caposala alla gestione di un budget, trasformandoli da medici in manager che devono far guadagnare l'azienda e si è dato sempre più spazio alla libera professione intramoenia, a scapito dei servizi cui potessero accedere anche i non paganti.

Nel luglio 2005 un primario di oncologia a Siena è stato destituito dall'incarico per non aver ridotto del 50% i posti letto, come invece aveva deciso l'Azienda.

Una grave novità introdotta dal Decreto n. 229 è la sperimentazione della gestione, cioè la possibilità di sperimentare nuovi modelli di gestione che prevedono forme di collaborazione fra strutture pubbliche e private, anche con la costituzione di società a capitale misto pubblico-privato. Siamo passati da una sanità privata che lavorava parallelamente a quella pubblica all'introduzione del capitale privato dentro il servizio pubblico.

Sempre di più vale il principio che non sono i bisogni a determinare le risorse, ma viceversa, che si concretizza con l'introduzione dei nuovi criteri di remunerazione per le prestazioni: il finanziamento è calcolato in base al costo standard prestabilito a livello centrale del Ministero e locale delle Regioni per ogni programma di assistenza (intervenuti chirurgici, programmi per patologie croniche o recidivanti ecc.), i famosi DRG.

Si arriva alla “riforma” del Titolo V della Costituzione, Legge costituzionale n. 3 18/10/2001, voluta dal Governo di Centro-sinistra, che riscrive tutto l'articolo 117 e porta avanti il processo di attribuzione di ulteriori competenze alle regioni in ambito sanitario.

Con questa riforma alle regioni sono attribuiti poteri di legislazione su molte materie, quali: sanità, scuola, ambiente e altre che sono così sganciate dalla potestà statale. Con il vecchio articolo 117 lo Stato affidava alle regioni la gestione dell'assistenza sanitaria e ospedaliera, adesso l'asse di riferimento del Sistema Sanitario sono le Regioni alle regioni la gestione dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera, adesso l'asse di riferimento del Sistema Sanitario sono le Regioni, che decidono le linee di politica sanitaria nella più completa autonomia. Lo Stato garantisce solo che siano erogati standard minimi di prestazioni, i famigerati LEA.

Con la riforma del Titolo V della Costituzione, si è innescato un pericoloso meccanismo federalista che è stato portato a compimento da un'altra Legge di revisione costituzionale di chiara ispirazione bossiana, approvata nel 2005.

Questa legge rivede tutti il sistema di rappresentanza politica, modifica la struttura della Camera dei Deputati e del Senato, le funzioni del capo dello Stato e del Presidente del Consiglio dei ministri e porta a compimento l'autonomia delle Regioni (e creando nello stesso tempo un neocentralismo regionale e presidenzialismo nel quadro del rafforzamento degli esecutivi).

Le regioni non saranno più vincolare da alcun principio statale nemmeno dalla garanzia degli standard minimi delle prestazioni, ognuno dovrà fare con suoi mezzi: è la famosa devolution.

In questo modo si sono spalancate le porte alla privatizzazione più selvaggia, alla cancellazione della prevenzione, dei servizi di base, dell'assistenza sanitaria, dei piccoli ospedali a favore delle attività ultraspecialistiche dei grandi policlinici, in cui sempre più prestazioni saranno a pagamento, alle assicurazioni.

Il modello della sanità della Lombardia

La Lombardia il centro-destra, ha portato avanti (come il Centro-sinistra nelle regioni cosiddette "rosse") un'opera di distruzione dello Stato sociale. La sanità (come la scuola), è diventata un laboratorio sperimentale, per capire come si possa smantellare il sistema pubblico, azzerandolo, e facendo che sia il mercato, che (come si trattasse di una fabbrica di scarpe) regola la domanda e l'offerta, che è legata direttamente ai "famosi conti che devono tornare", in sintesi che ci sia un profitto.

Nel modello lombardo c'è una separazione fra acquirenti di prestazioni ed erogatori (da notare l'uso della terminologia per definire pazienti e operatori), fra domanda e offerta, e pur volendo il piano sanitario governare la domanda e l'offerta, è il livello dell'offerta ad influenzare la domanda stessa.

Da una parte c'è cittadino, considerato il centro del sistema, cui è lasciata apparentemente "libera scelta", dall'altra, vi sono le varie offerte pubbliche, private, convenzionate o meno (attraverso un sistema di rimborsi), appartenenti a settori profit e no profit. Con questo modello si crea un sistema a rete integrato con un'equiparazione di tutti i soggetti che vi partecipano, sia pubblici e/o privati, che competono tra loro secondo principi di sussidiarietà orizzontale e verticale.

Ogni struttura sanitaria deve avere piena libertà di azione e piena responsabilità, deve dare risposte "efficaci ed efficienti nel rispetto di un budget prestabilito". In soldoni la libertà di azione si concretizza nella ricerca delle misure concrete atte a rispettare il budget, pena l'eventuale defenestrazione ... di manager e dirigenti.

La Lombardia realizza così un sistema autonomo di sanità, sposando il pieno il concetto bossiano di "devoluzione", per cui allo Stato rimane solo la possibilità (non l'obbligo) di determinare i livelli essenziali di assistenza e alle regioni tutta la vera gestione della sanità: in questo modo si rinuncia al principio che ai cittadini italiani siano garantiti uguali in materia di salute, indipendentemente dal fatto che risiedono in regioni più o meno ricche e con diversa presenza di strutture sanitarie.

Nell'era della devolution ogni regione deve avere più risorse, e la Regione Lombardia rivendica soprattutto la possibilità di

sperimentare nuovi modelli gestionali, avendo più autonomia nella contrattazione decentrata con i sindacati e nella politica del farmaco.

Con la piena devoluzione la regione deve attivare norme di programmazione, indirizzo, controllo e dare la più completa autonomia alle Aziende Sanitarie, soprattutto ospedaliere, le quali devono adottare tecniche di Management avanzate, realizzare l'integrazione e la parificazione fra strutture pubbliche e private.

Questa equiparazione delle strutture sanitarie pubbliche e private ha costretto le Aziende Ospedaliere a competere sul mercato con i privati accreditati, in una corsa sempre più sfrenata a produrre prestazioni remunerative a tutto discapito di quelle meno valorizzate che solo il pubblico è obbligato a fornire. Il risultato sarà che il deficit regionale salirà alle stelle, e in compenso, le liste di attesa regionali per alcuni interventi scarsamente remunerativi, si allungheranno senza speranza, mentre prolifereranno case di cura, medical-center (di varia natura e collocazione), assolutamente privi di controlli sia per quanto riguarda il numero di prestazioni erogate, che soprattutto per la qualità delle cure erogate, senza dimenticare la questione della sicurezza. La ricetta che è proposta diventa terreno di prova per conseguire agli effetti speculativi del privato la gestione della salute pubblica, avvicinandosi al modello USA, una “democrazia matura” in cui i cittadini sono privi di assistenza sanitaria se non può pagarsi un’assicurazione privata!

Oltre a questo, la Lombardia ha sempre auspicato la trasformazione delle aziende ospedaliere pubbliche in fondazioni con la partecipazione di soggetti pubblici e privati, profit e no profit.

Queste aziende dovranno realizzare un profitto e quindi un consistente taglio dei posti letto per acuti, per riattivare un posto letto per acuti in un settore specialistico è necessario ridurne a due in un altro.

Parallelamente è partita una grossa ristrutturazione dei servizi di emergenza- urgenza e perciò nella “progredita” Lombardia, può accadere, che una signora anziana sia rifiutata da vari ospedali per mancanza di posti sia in reparti di emergenza- urgenza sia nelle medicine, e muoia prima di trovare una collocazione.

Sempre nella logica della riduzione dei posti letto, gli ospedali di piccole dimensioni saranno trasformati in “strutture leggere” per ricoveri diurni e specialistiche ambulatoriali.

Per valutare gli effetti che questi pesanti cambiamenti avranno sui risultati, è stato messo in piedi un imponente sistema valutativo mediante indicatori di accreditamento, di qualità delle prestazioni, del tempo di attesa, indicatori economico-finanziari, come: costo medio per assistito, costo del personale in base ai ricavi ottenuti, indicatori di mantenimento della spesa entro i limiti previsti.

Vengono anche prese in considerazione determinate variabili di sistema: variabili input, che considerano personale e utenti come partecipanti a processi produttivi, variabili di risultato ed efficienza, output, variabili di efficacia, outcome. Inoltre, è necessaria una metodologia di valutazione dell’attività a garanzia della qualità dell’assistenza e del corretto utilizzo delle risorse, che tenga in considerazione anche la valutazione della soddisfazione dell’utenza, in termini di qualità percepita.

Il sistema lombardo della libertà di scelta e dell'equiparazione fra tutte le strutture, Formaggino ha offerto al privato un business senza precedenti, accreditando centinaia di privati (attraverso l'autocertificazione) a ricevere dalla regione rimborsi stellari per le cure private, cure accuratamente scelte fra quelle più remunerative, come i famigerati DRG (Gruppi Omogenei di Diagnosi), tariffario delle patologie alle quali corrisponde un intervento sanitario con un diverso rimborso economico.

Un altro aspetto da sottolineare in questo modello è la veloce trasformazione delle strutture pubbliche in aziende, in seguito alla separazione tra prestazioni e offerta, tra chi produce prestazioni sanitarie (strutture sanitarie di vario tipo) e chi le compra per conto del cittadino (ASL), gestendo una quota per ogni residente sul proprio territorio, con la quale deve anche assicurare gli aspetti di assistenza sociale connessi trattamento sanitario. Come conseguenza, le aziende sanitarie, come conseguenza, le aziende sanitarie tenderanno a scaricare tutti i costi connessi all'assistenza sociosanitario ai comuni.

Tutto questo è stato scritto chiaramente nel Piano Sanitario Regionale 2002-04 della Lombardia, dove, a proposito dell'assistenza domiciliare, si assiste a un vero abbandono dell'ente pubblico che si limita a dare ai cittadini buoni un assegno di 413€ circa per assistere anziani non autosufficienti, disabili, malati psichici e terminali a domicilio.

Tutta l'assistenza territoriale, disabili il suo carico di problemi sociali e sanitari, strettamente interconnessi fra loro, viene affidata ad un sistema di mance date a chi (soprattutto donne) starà a casa ad occuparsi di patologie e disagi di vario tipo.

C'è un altro aspetto da considerare, parlando della sanità lombarda, ed è cessione alle Fondazioni (ossia ai privati) di 35 IRCC (Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico), di cui 15 a carattere pubblico, fra le quali molte situate a Milano, come l'Istituto dei Tumori, il Neurologico Besta e il Policlinico.

Un business con cifre da capogiro

Come si diceva prima l'assistenza sanitaria in Lombardia è diventata una grande opportunità di affari. Il giro di affari è di oltre 16 miliardi di euro. Dal 2001 al 2008 le strutture accreditate sono aumentate di 277 unità pari a un aumento del 70%, mentre il pubblico cala di anno in anno.

Bisogna tenere conto che questo modello lombardo non nasce dal nulla, non è frutto delle idee “geniali” di Formigoni e di CL, ma come si è messo in evidenza prima, nasce dentro un quadro ben preciso della privatizzazione della sanità.

Come dicevo prima (ed è un bene ripeterlo costantemente), la sanità lombarda (come la scuola), diventa un laboratorio sperimentale (sulla pelle dei cittadini che ora sono definiti clienti)

su come si possa smantellare il sistema pubblico, azzerando il più possibile le contraddizioni che inevitabilmente emergeranno sia sul fronte dei lavoratori, sia su quello dell'utenza.

In questo quadro, ogni struttura sanitaria deve avere piena libertà di azione e di responsabilità, deve dare risposte *“efficaci ed efficaci nel rispetto di un budget prestabilito”*. In soldoni la libertà si concretizza nella ricerca delle misure concrete atte a rispettare un budget, pena l'eventuale defenestrazione di manager e dirigenti.

La Lombardia realizza così un sistema autonomo di sanità, sposando in pieno il concetto di devoluzione per cui allo Stato rimane solo la possibilità non l'obbligo di determinare i livelli di assistenza e alle regioni tutta la vera gestione della sanità: questo significa l'abbandono di un'assistenza a tutti, indipendentemente dal fatto che si risieda o no in regioni più o meno ricche e con diverse prestazioni sanitarie.

Nell'era della devolution ogni regione richiede più risorse, e la Regione Lombardia rivendica soprattutto la possibilità di sperimentare nuovi modelli gestionali, avendo più autonomia nella contrattazione decentrata con i sindacati e nella politica del farmaco.

Con la piena devoluzione, la regione deve attirare norme di programmazione, indirizzo, controllo e dare la più completa autonomia alle Aziende Sanitarie, soprattutto quelle ospedaliere, le quali devono adottare tecniche di management avanzate, realizzare l'integrazione e la parificazione fra strutture pubbliche e private.

Questa equiparazione delle strutture sanitarie private e pubbliche ha costretto le Aziende Ospedaliere a competere sul

mercato con i privati, in una corsa sempre più sfrenata a produrre prestazioni remunerative a tutto discapito di quelle meno valorizzate che solo il pubblico è obbligato a fornire. Il risultato sarà che il deficit regionale salirà alle stelle, e in compenso, le liste di attesa regionali per alcuni interventi scarsamente remunerativi, si allungheranno senza speranza, mentre proliferano case di cure medical-center, assolutamente privi di controllo sia per quanto riguarda il numero delle prestazioni erogate, che soprattutto della qualità delle cure erogate, senza dimenticare la questione delle sicurezza.

Oltre a questo, la Lombardia auspica la trasformazione delle aziende pubbliche in fondazioni con la partecipazione di soggetti pubblici e privati.

Queste aziende dovranno realizzare un profitto e quindi è previsto un consistente taglio dei posti letto per acuti, per riattivare un posto per acuti in un settore specialistico è necessario ridurne due in un altro. I posti letto per patologie acute saranno ridotti fino a quattro per mille.

Parallelamente è partita una grossa ristrutturazione dei servizi di emergenza urgenza e perciò anche nella “progredita” Lombardia, può accadere che una signora anziana sia rifiutata da vari ospedali per mancanza di posti dia in reparti di emergenza-urgenza, che nelle medicine, e muoia prima di trovare una collocazione.

Sempre nella logica della riduzione dei posti letto, gli ospedali di piccole dimensioni sono trasformati in “strutture leggere” per ricoveri diurni e specialistiche ambulatoriali.

Per valutare gli effetti pesanti che questi cambiamenti avranno sui risultati, è stato messo in piedi un sistema valutativo

mediante indicatori di accreditamento, di qualità delle prestazioni, del tempo di attesa, degli indicatori economici finanziari, come: costo del personale, costo medio per assistito, costo del personale in base ai ricavi ottenuti, indicatori di mantenitori della spesa entro i limiti previsti.

Sono presi in considerazione determinate variabili di sistema quali:

- Variabili d'imput, che considerano personale e utenti come partecipanti a processi produttivi.
- Variabili di risultato ed efficienza.
- Variabili di output.
- Variabili di efficacia.
- Variabili di outcome.

Inoltre, è necessaria una metodologia di valutazione a garanzia della qualità dell'assistenza e del corretto utilizzo delle risorse, che tenga in considerazione anche la valutazione della soddisfazione dell'utenza, in termini di qualità percepita.

Tutto questo sistema sarà garantito da un'agenzia di valutazione regionale, svincolata dal sistema sanitario, che esternalizzerà ad aziende del settore, oltre che tutto il lavoro, anche le verifiche necessarie.

Si accentua così il processo di esternalizzazione dei servizi legati alla sanità che arriva fino all'assistenza ai malati, verso le cooperative (il famigerato terzo settore dell'economia). All'interno delle cooperative (come di tutto il cosiddetto "no

profit") c'è sfruttamento dei lavoratori, dove sono fatti figurare spesso e volentieri come soci-lavoratori.

Ritornando al sistema valutativo, il non superamento dei livelli stabiliti può significare per le strutture esaminate anche la fuoriuscita dal sistema sanitario.

Un altro aspetto da rilevare in questo modello è la veloce trasformazione delle strutture pubbliche in aziende, in seguito alla separazione tra prestazioni e offerta, tra chi produce prestazioni sanitarie (strutture sanitarie di vario tipo) e chi le compra per conto del cittadino (ASL), gestendo una quota capitaria per ogni residente sul territorio, con la quale deve anche assicurare gli aspetti di assistenza sociale connessi al trattamento sanitario. Come conseguenza, le aziende sanitarie sempre di più dal settore socio-sanitario, cercando di scaricare i costi connessi ai comuni.

Durante il periodo che Formigoni è stato Presidente della Giunta lombarda tutti i più importanti ospedali della Lombardia erano (e in parte lo sono tuttora) alla Compagnia delle Opere(CdO), i più grandi come il Niguarda e il gruppo San Donato, del patron Giuseppe Rottelli, azionista del Rcs (*Corriere della Sera*) e quelle dell'hinterland come Desio e Vimercate, e poi Busto Arsizio, Lodi, l'ASL e l'Ospedale Civile di Brescia, le ASL della provincia di Como, Pavia, Mantova e Lodi. L'Ospedale Mellini di Chiari, gli Istituti di Cremona, l'Ospedale Maggiore di Crema e l'A.O. della Valtellina e della Valchiavenna.

In Lombardia il monopolio clericale è avanzato grazie alla colonizzazione mirata operata direttamente da Formigoni delle direzioni sanitarie. Furono collocati, ciellini, nelle posizioni strategiche: al Niguarda, al San Matteo di Pavia, all'Ospedale

Maggiore Policlinico Mangiagalli, nell'A.O. di Mantova. A dirigere l'Ospedale di Castiglione delle Stiviere (trasformato in Fondazione), c'è l'imprenditore Guarino Nicchio, vicino alla Compagnia delle Opere, che si occupa di due ospedali e tre residenze assistenziali. Complessivamente dei 48 direttori sanitari, ben 12 erano legati a CL.

Non bisogna dimenticare che nella Puglia del sinistro Vendola fu firmato da parte della Regione un accordo, con cui il San Raffaele, per la costruzione di un ospedale sarà finanziato dal pubblico e sarà gestito dalla fondazione privata San Raffaele (ora penso di capire perché una forza politica come il SEL di Vendola inneggia alla libertà, evidentemente alla libera iniziativa privata foraggiata con soldi pubblici).

Questa colonizzazione clericale della sanità lombarda, non solo di quella pubblica ma anche di quella privata, resta per CL una priorità, non solo economica ma anche ideologica (assieme, ovviamente, alla scuola e all'Università, alla formazione professionale, al cosiddetto "terzo settore", all'Ente Fiera ecc.) ma anche per altre agguerrite lobby clericali-confindustriali-fasciste come l'Opus Dei. E in atto uno scontro tra le varie fazioni delle alte gerarchie ecclesiastiche e della massoneria piduista per ottenere il monopolio della sanità lombarda, uno scontro che vede coinvolgere CL, e l'Opus Dei, Tettamanzi, Scola e Bertone e quindi dell'allora PDL, della Lega, dell'UDC e del PD.

E i soldi non ci sono mai...

In una fase di crisi e di tagli alla spesa pubblica, qualcuno (ingenuamente) potrebbe pensare che anche i finanziamenti alle strutture private convenzionate e in particolare a una struttura come al San Raffaele per via del buco pauroso del bilancio, sarebbero diminuiti.

Giammai. Il San Raffaele mantiene tuttora il record di soldi pubblici ricevuti dalla Regione Lombardia, lo dimostra la delibera dell'agosto del 2011. Al San Raffaele sono stati assegnati 41 milioni extra, pari 37.906 a posti letto.

Ed è la somma più contenuta nel provvedimento del 4 agosto che distribuisce complessivamente 995 milioni di euro agli oltre 220 ospedali pubblici e privati lombardi. Sono i fondi concessi come riconoscimento di "attività d'eccellenza".

Il terreno della discrezionalità è quello pascolano e prosperano anche intermediari e faccendieri, che spesso si spacciano come emissari uffiosi dei dirigenti pubblici. Questo sistema di consulenti che fungono da intermediari senza alcun titolo tra chi paga (Regione) e chi eroga il servizio (strutture sanitarie) stando alle voci che circolano nel mondo della sanità, sarebbe assai diffuso. In questa terra di nessuno si muovono rivoli di denaro che alcuni chiamano tangenti, altre consulenze.

Sta di fatto che questo bonus regionale muove decine di milioni e spesso è decisivo per fare quadrare il bilancio.

Questi soldi d'agosto ad aggiungersi ai rimborsi (DRG) per le singole prestazioni: il San Raffaele con i DRG porta a casa dalla Regione Lombardia 450 milioni di euro l'anno.

Il San Raffaele ha beneficiato di un flusso di soldi pubblici senza pari. Basta spulciare i bonus ricevuti in Lombardia da altri istituti

di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), che pone il San Raffaele, si è Ministero della salute per “l'eccellenza” nell'attività clinica, nella ricerca e nella didattica.

Il Policlinico di Milano, a parità di posti di letto (1088), riceve 38,2 milioni, tre in meno. Il San Matteo di Pavia, con mille lotte, riceve 25,4 milioni. L'Istituto dei Tumori, punto di riferimento a livello italiano per le cure contro il cancro, ottiene 12,1 milioni cioè 28.300€ a posto letto contro i 37.906 del San Raffaele. Il Policlinico San Donato di Giuseppe Rotelli è rimborsato la metà (18.600 a letto per 8,1 milioni totali), discorso simile per l'Humanitas della famiglia Rocca (14.800€ a posti letto per 9,6 milioni). Solo la IEO di Veronesi e solo nel 2011, è appena sopra il livello del San Raffaele: 8,7 milioni di finanziamenti pari a quasi 45.000€ posti letto.

Ma come è stato possibile il buco?

Questo che potrebbe essere il titolo di un programma televisivo, è una domanda più che legittima visto i fiumi di denaro pubblico che sono affluiti verso il San Raffaele.

Il mistero (mistero per noi profani e miscredenti che sono fuori da queste vicende "divine" ovviamente) comincia un giorno del luglio del 2011, quando Mario Cal suicida (così che viene data la

notizia) nel suo studio. Cal sarebbe dovuto essere ascoltato dalla Procura della Repubblica, come testimone, per definire i contorni e le dimensioni del maxi buco del San Raffaele.

Questo suicidio pone interrogativi, prima quello della pistola già conservata in un sacchetto di plastica nel mare di sangue in cui cadavere Cal è stato trovato. Come mai? Chi ha provveduto?

Torniamo alla possibile origine dei debiti. Si sapeva che il San Raffaele faceva le cose in grande, spendeva e spandeva. Un esempio è la cupola di 60 metri d'altezza sovrastata da una statua di 8 metri dell'angelo San Raffaele. Oppure gli hotel in Sardegna[\[1\]](#) e le piantagioni di mango in Brasile.

Cal lasciò un ultimo segnale ai magistrati, lasciando in una villetta di sua proprietà, l'archivio delle operazioni occulte del San Raffaele.[\[2\]](#)

Questa parte occulta parla di consulenze, e di fatture in apparenza inspiegabili, di aerei e Joint ventur. In questi fascicoli Cal ha reso evidente alcune operazioni.

Una è l'operazione inerente, l'aeroplano Challenger CL 604, passata attraverso l'Assion Aircraft & Yachting, che è una scatola con sede ad Auckland (Nuova Zelanda). I fatti risalgono al 2007, quando don Verzè sostituisce il vecchio aereo con uno più lussuoso e in grado di fare voli transoceanici. I soldi, circa 13 milioni di euro li garantiva la Fondazione, ma arrivano attraverso una società finanziaria, la Sg Equipment Finance Schweiz, da una società del gruppo francese Société Generale e in particolare dalla filiale svizzera di Zurigo con la quale Airviaggi, la partecipante del San Raffaele che controlla la Assion, apre un leasing. Chi si occupa di tutto è Piero Daccò.

Daccò sarebbe l'uomo che avrebbe il ruolo ufficiale di collegamento tra il San Raffaele e un gruppo di manager e politici della Regione Lombardia. L'uomo, italiano con residenza a Londra, ufficio in Svizzera, casa a Sant'Angelo Lodigiano (Lodi) e interessi in Cile, è un ex fornitore per l'ospedale Fatebenefratelli di Milano[3] in sostanza è la longa manus degli uomini della Regione Lombardia.

A Lugano, ha l'ufficio, la Juvans International, che sarebbe riconducibile secondo molti fonti a Daccò. Essa non è altro che una succursale della Juvans Bv olandese.

La Juvans è indicata come controparte in numerose transazioni finanziarie che aveva come controparte il San Raffaele.

In un altro fascicolo Cal indica una consulenza affidata a Daccò attraverso una società austriaca, l'Harman Holding, che fu incaricata di gestire i contenziosi legali esteri. Un lavoro remunerato per mezzo milione di euro. Un'altra operazione riguarda l'EdiRaf, la società di costruzione del San Raffaele che l'ospedale ha condotto tra il 2001 e il 2008 in Joint venture con la Diodoro Costruzioni Srl, una società di Pierino Zammarchi, oggi liquidata. La Diodoro ha costruito la residenza alberghiera del San Raffaele, e attraverso la Method ha partecipato ai lavori della costruzione di Olbia, a quelli dell'ospedale in Brasile e negli otto anni ha incassato fatture (non solo dal San Raffaele) fatture per 271 milioni. Fino al 2006 ha avuto tra i suoi soci anche un politico locale, Emilio Santomauro, dell'UDC, due volte consigliere comunale a Milano ed ex presidente della Commissione Urbanistica del Comune di Milano e già vicepresidente della SOGEMI, la società del Comune gestisce l'Ortomercato. Dire Ortomercato significa mafia e non è un caso che la Procura di Milano arriva a sospettare che Santomauro e Zammarchi possano

essere dei prestanome della Camorra. Zammarchi arriva a raccontare di essere stato vittima di una serie di pressioni di alcuni malavitosi. Il magistrato che lo assolve scrive che è “*solo un imprenditore che ha la pessima idea di farsi prestare soldi da un mafioso e da quel momento ne diviene vittima*”. Il processo a suo carico si conclude, nel marzo 2011, con un assoluzione per formula piena: la motivazione è che non vi alcuna prova dei legami di questa società con la camorra.[\[4\]](#) Dopo l’assoluzione Zammarchi ritorna a frequentare Cal negli ultimi mesi della sua vita, con pranzi e frequentazioni molto frequenti.

Nelle carte di CAL c’è l’altra grande diversificazione di don Verzè e Giuseppe Grossi, il re delle bonifiche milanesi, vicino manco a dirlo a CL, ex consigliere della Fondazione San Raffaele. Il duetto ha costituito la Blu Energy (destinata in seguito alla vendita): in tre anni di vita la società ha accumulato 116 milioni di debiti, soldi per lo più ricevuti dalle banche (79,8 milioni) e utilizzati per costruire l’impianto di produzione di energia di Vimodrone (MI). La missione di Blu Energy erano forniture elettricità al San Raffaele. Ma all’ospedale ha fatto solo lievitare i costi di approvvigionamento da 11 a 41 milioni.

Tutte queste operazioni farebbero pensare a fondi segreti. Secondo fonti giornalistiche[\[5\]](#) il deputato PDL il deputato del PDL Enrico Pianeta,[\[6\]](#) quello che aveva contribuito a far riversare sul San Raffaele massicci finanziamenti pubblici con la finalità ufficiale di realizzare opere nel Terzo Mondo, avrebbe favorito il flusso di fondi dall’Italia verso l’estero (soprattutto in Brasile, dove il San Raffaele ha molte attività). Ma prima di arrivare a destinazione quel patrimonio avrebbe fatto “sosta”, guarda caso, in Svizzera, per poi ripartire più leggero.

Quest'affermazione da un punto di vista economico e politico di CL nella sanità, come in altri settori, è mal vista dall'OPUS DEI.

Il giorno che si suicidò Cal, Rutelli fece un comunicato che scatenò, via agenzie, un furioso litigio tra lui e Formigoni. Colpisce che Rutelli intervenga su una vicenda – seppur grave a livello nazionale per via del buco di oltre un miliardo e mezzo di un importante struttura come il San Raffaele - in cui altri leader politici si sono ben guardati dal dire una parola soprattutto nel giorno del suicidio di Cal.

Da dove viene questo fervore di Rutelli per una struttura privata?

E bene ricordare il rapporto che esiste tra il cardinale Tarcisio Bertone e Francesco Rutelli. È un rapporto che si basa sulla stima reciproca che dura da anni. Basti ricordare che nella sua prima uscita pubblica da segretario di Stato vaticano, in occasione di un concerto all'Auditorium di Via Conciliazione – nel settembre 2006 – l'allora vicepresidente del consiglio era presente con altri uomini del centrosinistra tra i quali Alfonso Pecoraro Scanio, Claudio Petruccioli e Vincenzo Vita.

Non solo. Giusto un anno dopo, in occasione della presentazione del libro del segretario di Stato. *L'ultima veggente di Fatima. I miei colloqui con suor Lucia* opera redatta con il vaticanista del Tg1 Giuseppe De Carli, tra gli altri, sedeva anche Francesco Rutelli, che ricordò in quella sede filiale devozione mariana di Giovanna Paolo II. Ora Rutelli dai trascorsi radicali negli anni '70 che non erano certo vicini a santa romana chiesa, si è convertito tanto da sposarsi in chiesa ed entrare in contatto con l'Opus. Non a caso nel 2002 partecipa a un convegno dedicato al

beato Escrivrà (il fondatore dell’Opus Dei) prossimo a essere proclamato santo.

Dunque, dietro il battibecco tra Rutelli e Formigoni si cela il tentativo dell’Opus Dei di prendere la guida del sistema sanitario lombardo (e dei relativi affari) messo a dura prova da alcune mosse quali ad esempio:

- Il salvataggio da parte dello IOR del San Raffaele.
- Il salvataggio di manager romani.
- Il tentativo di far dimenticare di far dimettere il cardinale Tettamanzi dall’istituto Toniolo - che controlla l’Università Cattolica e del Policlinico Gemelli di Roma – prima dell’arrivo del neo Arcivescovo di Milano Angelo Scola.

In sostanza si tratta di una lotta per contendersi una torta miliardaria legata alla sanità.

Riordino della sanità pubblica o “riordino dei poteri” all’interno del Centro Destra?

Come si è visto nei 15 anni di presidenza della Regione, Formigoni era riuscito ad assicurarsi non solo il controllo della sanità ma anche del territorio attraverso un collaudatissima rete clientelare; in un’audizione del dicembre 2015; alla Commissione

Speciale Antimafia Regionale, Nando dalla Chiesa sottolineava che la Sanità rappresenta un tassello importante di questa rete clientelare; infatti le difficoltà a superare le liste di attesa per esami, visite specialistiche, interventi chirurgici possono essere superate attraverso medici o amministratori compiacenti; si rafforza così la “stima” della gente nei confronti del politico di riferimento, mentre gli operatori della Sanità sanno che la vicinanza dell’associazionismo cattolico spiana la possibilità di carriera.

Maroni, quindi, ha sempre cercato di cambiare i direttori generali di ASL e Ospedali; solo negli ultimi tempi gli è riuscita grazie alla Magistratura che ha incriminato vari dirigenti regionali e soprattutto l’Assessore alla Salute Mantovani, che occupava quel posto in palese conflitto d’interessi poiché proprietario di una rete di Residence Sanitarie-Assistenziali (RSA).

La sanità dell’era maroniana prevede diverse cose. Innanzitutto, una variazione della denominazione degli strumenti con cui la Regione vuole gestire i servizi Sanitari, Sociosanitari e Sociali; questi sono numerosi perché non c’è stato alcun sforzo (ma forse sarebbe meglio dire che Forza Italia non ne ha dato la possibilità alla Lega) di sburocratizzare le istituzioni sanitarie.

Senza dubbio l’atto più importante di questo riordino è l’accorpamento degli assessorati alla Salute e della Famiglia, che in linea teorica farebbe intravedere una volontà di procedere verso una integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali; peccato che la legge non prevedeva più i distretti che nonostante i limiti e le incongruenze erano un luogo di integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, di cui i Comuni sono titolari. Solo l’approvazione di un emendamento dell’opposizione permetteva la sopravvivenza dei distretti, ma senza concedere all’assemblea

dei Sindaci (organo di rappresentanza dei Sindaci di un distretto) quei poteri decisionali e non solo consultivi che renderebbero più efficace l'integrazione sociale e sanitaria ad esempio i NIL (nuclei per l'inserimento lavorativo) avrebbero bisogno di una stretta collaborazione coi servizi di diagnosi di disabilità ed invalidità; l'ADI (Assistenza domiciliare integrata) dovrebbe incentivare la cooperazione tra operatori sanitari e sociali. Gli esempi sono moltissimi, tutti causa di malessere tra gli assistiti che non capiscono cosa tocchi fare ai servizi delle ex ASL e cosa ai servizi comunali.

Forse nello spirito della nuova legge, queste incongruenze dovrebbe superate dalle ATS (Azienda di Tutela della Salute) con funzioni sovrappponibili alle ex ASL, cioè PAC (Programmazione, Acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti pubblici e privati, Controllo), compiti questi in parte sovrappponibili a quelli della Direzione Generale dell'Assessorato; vedremo se questa duplicazione avrà effetti pratici positivi.

Le ATS sono 8 mentre le ASL erano 15 e sono:

- ATS Città Metropolitana (ASL MI, MI1, MI 2, Lodi).
- ATS Insubria (vecchie ASL Varese e Como).
- ATS Brianza (vecchie ASL Lecco e Monza).
- ATS Bergamo (vecchia ASL Bergamo).
- ATS Brescia (vecchia ASL Brescia).
- ATS Pavia (vecchia ASL Pavia).
- ATS della Val Padana (vecchie ASL di Mantova e Cremona).
- ATS della Montagna (vecchie ASL di Sondrio e Val Camonica).

È abolita la Conferenza dei Sindaci (organo di rappresentanza consultiva dei Sindaci di una ASL); d'altra parte l'aumento del numero dei Comuni di una ATS e la loro disomogeneità è tale da impedire una voce omogenea dei Sindaci nei confronti della direzione delle ATS; dal punto di vista dell'utenza ci sarebbe da auspicare un decentramento reale di queste funzioni essenziali per i cittadini che avranno a che fare con ATS di dimensioni ancora maggiori rispetto alle ASL.

Le ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali) sostituiscono le ex AO (Aziende costituite non solo dagli stabilimenti ospedalieri ma anche da ambulatoriali specialistici, consultori, dipartimenti di salute mentale, ecc.). Sono 27; cito solo quelle delle metropolitana; gli interessati potranno vedere le altre (alcune con nomi fantasiosi come la ASST Sette Laghi del Varesotto) sul sito della Regione; la citazione però è sufficiente per far vedere come la collaborazione di operatori ospedalieri e territoriali sia da tutta da costruire e che la nuova legge certamente non facilita quella auspicata continuità assistenziale tra cure ospedaliere-specialistiche e medici di base.

Le ASST della città metropolitana sono:

- ASST Niguarda (vecchia AO Niguarda).
- ASST S.Paolo e S.Carlo (vecchie AO omonime).
- ASST Polo Pediatrico (vecchie AO Sacco e Fatebenefratelli).
- ASST G.Pini/CTO (vecchia AO omonima).
- ASST Ovest Milanese (vecchia AO Legnanese).
- ASST Rhodense (vecchia AO di Garbagnate).
- ASST Nord Milano (vecchia AO ICP).

- ASST Melegnano e Martesana (vecchia AO Melegnano).

Come si vede non sono compresi in questo elenco gli Istituti Scientifici (Policlinico, Tumori, ecc.) in gestione con Ministero della Sanità; gli Ospedali Sacco e Fatebenefratelli siano accomunati in un polo pediatrico che devono realizzare in sostituzione dell’Ospedale Buzzi e M. Melloni.

Il riordino dell’assistenza sanitaria territoriale è affidato alle Articolazioni Socio-Sanitarie Locali (ASSL) con compiti di governo delle cure primarie e della prevenzione, di programmazione dell’offerta locale, di accreditamento dei servizi territoriali (es. consultori privati), di controllo sulle prestazioni e sull’uso dei farmaci e dei presidi medico-chirurgici. Le ASSL dovrebbero funzionale in stretto contatto con le AISA (Aziende integrate per la salute e l’assistenza) e con le UCCP (Unità di cure complesse primarie). I compiti sono differenti ma tuttora non bene differiti.

L’AISA gestisce le strutture ambulatoriali e ospedaliere secondo una classificazione degli Ospedali “coerente con il regolamento degli standard della rete ospedaliera adottata d’intesa fra Stato e Regioni, definiti con successivo provvedimento di Giunta”. In aggiunta sono istituiti i POT (Presidi Ospedalieri Territoriali) e i PreSST (Presidi Socio-Sanitari Territoriali), non presenti negli standard nazionali in cui dovrebbero entrare medici di base e specialistici-ospedalieri, secondo un modello organizzativo non stabilito, ma che verosimilmente dovrebbe essere flessibile in rapporto alle situazioni locali; nei PreSST oltre ai medici di base dovrebbero essere presenti operatori sociali; ma quali? Di provenienza comunale o dalle attuali strutture sociosanitarie

(SerT, Psichiatria, Consultori ecc.). È sottolineato con un provvedimento apposito che i POT potranno (dovranno) essere costituiti attraverso la collaborazione pubblico-privato (si intende che i medici di base lavorino anche negli Ospedali territoriali o che si costituiscono cooperative di medici che lavorano in questi ospedali o altro?).

La Regione Lombardia, inoltre, dovrà chiedere che gli accordi convenzionali nazionali dei medici di base e che il contratto collettivo nazionale dei medici ospedalieri prevedano queste nuove funzioni.

Altro servizio territoriale previsto dalla legge è l'UCCP (Unità di Cure Complesse Primarie), istituzione in cui dovrebbe avvenire “la presa in carico del paziente nella prospettiva della continuità assistenziale e nella gestione di percorsi di cura e di presa in carico della cronicità”; si tratta, in altre parole, di gestire malati complessi (diabetici, ipertesi, cardiopatici, oncologici), che necessitano multipli accertamenti diagnostici e controlli ripetuti, oggetto degli attuali Crea (modalità di compenso dei medici di base che si assumono l'incarico di seguire questi malati secondo protocolli stabiliti).

Con questa legge Maroni ha raggiunto i suoi obiettivi comunicativi, vantando fatti che nella realtà non sono mai stati raggiunti, come l'abbreviazione delle liste di attesa o il risparmio di 300 milioni di euro da reinvestire in servizi.

Il fallimento

È evidente che qualcosa veramente non ha funzionato nel servizio sanitario lombardo, accreditato come si diceva prima da più parti come il migliore ed il più efficiente della penisola.

- 1) A distanza di diverse settimane dalla notizia della comparsa del Coronavirus, quando già si conoscevano le vie di trasmissione, non può essere considerato normale **il fatto che tra le persone contagiate dal famoso trentottenne di Codogno, vi siano degli operatori sanitari che lavoravano nell'ospedale di Codogno**. Né può essere considerato “normale” il contagio di pazienti già ricoverati per altri motivi in strutture ospedaliere. Le indicazioni dell’Oms sulle precauzioni universali e i protocolli da rispettare per gli operatori sanitari sono molto chiari.
- 2) E’ sterminata la letteratura sull’obbligo dell’uso dei DPI, i dispositivi di protezione individuale (**non solo di adeguate mascherine**) da parte del personale sanitario, sulle modalità di accoglienza, di ricovero dei cittadini con patologie sospette e sulla gestione della sicurezza sanitaria nelle strutture ospedaliere. Misure da adottarsi quindi non solo di fronte ad un paziente già fornito di diagnosi.
- 3) Tardive sono state le indicazioni, rivolte a chi temeva di essere stato infettato, di non recarsi nei Pronto Soccorsi, né nello studio del proprio medico curante per evitare di trasformare quei luoghi di cura in luoghi di malattia. Si è aspettato il caso Codogno prima di diffondere a tamburo battente i numeri di telefono da contattare e le indicazioni di non recarsi al pronto soccorso. Ma ormai “i buoi erano scappati”.
- 4) I medici di famiglia sono stati completamente abbandonati a se stessi dalla Ats di Milano (e non solo) mentre in una condizione di enorme stress erano sommersi da ogni tipo di

richiesta. Per vari giorni non sono state loro fornite nemmeno le mascherine; hanno dovuto cercarsene da soli spesso senza riuscire a trovarle. Eppure, la tutela della salute degli operatori sanitari rappresenta un patrimonio sociale fondamentale della collettività per garantire assistenza e cura a tutti. Ma Giancarlo Giorgetti, numero due della Lega, la scorsa estate quando era sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, aveva dichiarato “ma chi va più dal medico di base? Quel mondo è finito”. Chi governa la Lombardia sembra muoversi su questa linea.

- 5) I dispositivi di protezione individuale (DPI) sono arrivate in grande arrivato anche nelle strutture ospedaliere e spesso distribuiti con criteri incomprensibili, ad esempio, il personale addetto ai trasporti interno dei malati non è stato munito di mascherine:⁹ questi lavoratori non sono dipendenti del SSN ma di una cooperativa.
- 6) L'aver indicato, a livello nazionale, il **112** come numero di riferimento è stato **un grave errore**, migliaia di telefonate per avere informazioni sul Coronavirus hanno intasato un numero dedicato alle **emergenze** creando conseguenze drammatiche per cittadini con altre gravi urgenze sanitarie. Quando finalmente in Lombardia è stato attivato un numero telefonico dedicato, ben presto questo è risultato difficilmente raggiungibile per l'alto numero di telefonate e per il basso numero di operatori.
- 7) Diversi medici ospedalieri sono sottoposti a **turni massacranti** in attesa di un cambio turno che non arrivava. **Mentre nessuna autorità regionale ha ritenuto di obbligare le strutture sanitarie private a mettere a disposizione della collettività le proprie competenze e il proprio personale medico; eppure, la sanità privata è destinataria di somme ingenti da parte della Regione. Ma la tutela della salute**

pubblica, non le riguarda, e nessuno sente il dovere di chiedergliene conto.

8) In questi giorni sono stati cancellati da parte delle strutture sanitarie pubbliche una grande quantità di **visite** ed **esami** già prenotati anche con codice d'urgenza e relative ad altri settori della medicina non coinvolti nella vicenda Coronavirus.¹⁰ Chi economicamente poteva si è rivolto alla sanità privata che sta traendo ulteriori guadagni da questa situazione.

Tutte queste carenze non sono state casuali e limitate alla vicenda del Coronavirus. Ma nascono dal fatto che i servizi di prevenzione sono ridotti al minimo, i pronto soccorso sono quasi tutti in condizioni fortemente critiche, i medici di base scarseggiano, gli ambulatori territoriali sono stato ridotti.

Un sistema sanitario concertato solo sulla cura e sul profitto che ha trasformato la salute in una merce, che ignora la prevenzione perché non produce guadagni per le lobby private del settore e che non coinvolge la popolazione nella tutela della propria salute individuale e collettiva ha mostrato il suo tallone di Achille di fronte a una nuova patologia infettiva di facile trasmissibilità.

Da dove partire

È importante che ci sia una grande mobilitazione popolare per una sanità pubblica e gratuita, che non sia legata alle esigenze del profitto capitalistico sulla pelle dei malati.

In questa mobilitazione è importante il coinvolgimento dei lavoratori degli ospedali e servizi sociosanitari territoriali, che insieme alle altre forze organizzate al cambiamento, partendo dai problemi materiali degli addetti, si allarghi ai pazienti e alle loro famiglie, ai lavoratori delle altre realtà lavorative, ai ricercatori, agli specializzanti medici e laureati non medici, agli studenti (soprattutto quelli delle facoltà di medicina e quelli delle professioni infermieristiche), ai movimenti antagonisti e al volontariato solidale (quello vero non quello affaristico).

Bisogna essere coscienti che i medici rappresentano la parte del sistema più restia al cambiamento, con forti contraddizioni interne.

Le organizzazioni sindacali che si muovono sul terreno di classe possono dare un grande contributo alla costruzione di questo fronte di lotta.

È stato dimostrato che la Sanità pubblica come Servizio sanitario nazionale è efficace e meno dispendiosa di quella privata.

Occorre battersi per ottenere una vera medicina preventiva, che deve porsi l'obiettivo del rischio zero per tutti i cancerogeni.

Si calcola che in Italia siano presenti circa 3 milioni di tonnellate di amianto che sono una reale emergenza nazionale, sociale, ambientale e sanitaria.

Questo lavoro è difficile visto i ritmi di bonifica attualmente impiegati.

La prevenzione non deve solo intervenire con i ritmi di bonifica attualmente impegnati, ma anche per pericoli e malattie nuove come lo stress quotidiano e l'Uranio impoverito. Impiegato nelle guerre imperialiste dove sono state coinvolte l'Italia, malattie che provocano tumori, o patologie legate ai flussi migratorie o per altre malattie che ritornano, come la TBC e la poliomielite.

Altro aspetto non trascurabile è quello riguardante i disabili, le persone colpite dalla psichiatria, i malati cronici e gli anziani.

La sostenibilità dei servizi offerti nel pubblico è del tutto insufficiente alla massiccia domanda che perviene della popolazione.

Il privato, spesso nella sua formazione assistenziale, è subentrato al pubblico offrendo servizi quasi esclusivamente con rette esorbitanti che spesso ricadono in maniera considerevole nell'economia dell'utente e della sua famiglia.

Le politiche complessive, in altre parole i campi prioritari di azione non si conciliano nella maniera più assoluta con

l'organizzazione del lavoro delle aziende ospedaliere (strutturalmente inadeguate).

Nel privato per es. si richiede agli operatori (siano essi infermieri, Operatori Socio-Sanitari – gli O.S.S. – medici, tecnici) una superflessibilità mansionaria, oraria, di turni ecc.

L'utilizzo dei denari pubblici, anche questi inadeguati, sono privi di una pur ragionevole e rigoroso controllo da parte di quelli che dovrebbero essere gli organi competenti.

Se a tutto questo aggiungiamo le condizioni vetuste delle strutture destinate a ogni tipo di assistenza, si comprende la causa della non conformità dei servizi.

La cura con farmaci chimici o omeopatici rappresenta un'opzione terapeutica, collegata al più ridotto sconto praticato dalle farmacie al SSN e quindi ai minori risparmi che quest'ultimo può realizzare in conseguenza della spending review.

La spending review è il contrario di ciò che rende più appropriate le prestazioni del welfare socio sanitario.

Essa diminuisce la copertura e universale e quindi i “livelli essenziali” riguardanti i diritti sociali previsti dalla Costituzione.

Per universalismo s'intende che tutti i cittadini, con il pagamento delle imposte e per diritto costituzionale, sono salvaguardati nella loro condizione di salute.

Per questo motivo riteniamo che ci si debba porre l'obiettivo che non sia solo quello delle cure in caso di malattia, ma la creazione di un sistema che prevenga le malattie e preveda una condizione di benessere per tutta la popolazione.

Partiamo dal fatto che l'organizzazione sanitaria è una parte (la più importante) del sistema salute.

Bisogna battersi per un sistema che sia basato sulla prevenzione, la partecipazione e la programmazione, coscienti che la prevenzione è la malata più grave. I tagli che sono stati effettuati dai governi che si sono succeduti nel paese, non consentono non solo di svilupparla, ma neppure di difenderla mettendo in forse quanto di buono gli operatori hanno fatto.

I liberisti (che siano di destra o di “sinistra”) dicono che lo Stato deve risparmiare e potrebbe in forse e potrebbe risparmiare e potrebbe essere volta a dismettere l'imponente attività sanitaria, devolvendo tutto al privato e dedicando il frutto e dedicando il frutto delle tasse al pagamento del debito sovrano.

In realtà il sistema socio-sanitario italiano è funzionale alla logica del profitto e non alla tutela della salute.

Nell'attuale fase di crisi economia il capitale finanziario lavora per creare fonti di profitto, speculazione e sfruttamento.

Per questa battaglia è importante e decisivo che tra le masse popolari ci sia la consapevolezza (e questo non avviene certamente spontaneamente) che se non ci fosse il Sistema nazionale per la stragrande maggioranza dei cittadini sarebbe difficile a far fronte alle spese per la prevenzione, le cure e l'assistenza sanitaria.

Un altro terreno di lotta è contro il mobbing, che in altre parole una tortura soft presente nei luoghi di lavoro, questo è

un fenomeno ha ormai assunto, a seguito delle denunce di esperti del settore (medici, sociologi ecc.) e delle stesse vittime, proporzioni senza dubbio rilevanti, così da coinvolgere secondo la stima di un autorevole settimanale francese,[7] percentuali non indifferenti di lavoratori. In conformità a tale stima, oltre il 4% dell'intera forza lavoro occupata in Italia è attualmente colpita da pratiche di mobbing.

Tutte questi obiettivi di lotta devono essere inquadrati per essere sviluppati in maniera efficace nella costruzione di un Fronte Democratico Rivoluzionario delle masse diretto dalle organizzazioni del proletariato, ossia del sindacato di classe in costruzione, dagli organismi permanenti del proletariato che generano e sviluppano lotte antagoniste e non concertative, che denunciano lo schiavismo e lo sfruttamento in ogni forma apertamente e con forza.

[1] http://www.corriere.it/cronache/11_luglio19/gerevini-cal-conti_4789aa4

[2] <http://tuttigliscandalidelvaticano.blogspot.com/2011/10/don-verze-e-i-segreti-occulti->

[3] <http://blitzquotidiano.it.cronaca-italia/san-raffaele-i-sospetti->

[4] All'inizio di luglio, prima di suicidio di CAL, nel cantiere del San Raffaele, scoppia un incendio nel cantiere. La versione ufficiale che è accreditata è quella dell'autocombustione, perché si ritiene difficile entrare in un cantiere molto sorvegliato, con tanto di telecamere. Ora il belo è che quasi nessuno si era reso conto che c'era un incendio nel cantiere <http://lanuovasardegna.gelocal-it/cronaca/2011/07/10/newa/scoppia-un-incendio-paura-al-san-raffaele-4596010>

[5] http://www.corriere.it/11_luglio_21/san-raffaele-i-sospetti-

[6] La sua assistente, Perla Genovesi, a causa di un'indagine a Palermo su di lei per traffico di droga, aveva cominciato a fare delle rivelazioni.

[7] Ricerca a cura di Romano Nobile con prefazione di Giovanni Russo Spena e di Vittorio Trupiano, *la tortura nel Bel Paese, malatempora*.

¹ Su questo argomento sul possibile esperimento militare: https://parstoday.com/it/news/world-i210289-ex_agente_cia_philip_giraldi_coronavirus_prodotto_in_laboratorio

https://www.strategic-culture.org/news/2020/03/05/who-made-coronavirus-was-it-us-israel-or-china-itself/?fbclid=IwAR166QxGYk7Jlslj40coqjkzWCvUOSGFxOxYnYkWji1qMKYO7Fi32beK_c

<https://www.paulcraigroberts.org/2014/10/20/us-government-master-criminal-time/>

² L'ipotesi di una guerra batteriologica in atto è stata presentata da persone che non possono essere etichettate facilmente come "complottiste". Uno di queste è il generale Fabio Mini. Il generale Fabio Mini non è certamente l'ultimo degli arrivato. Ha svolto all'interno dell'esercito italiano incarichi importanti: ha comandato tutti i livelli di unità meccanizzate, dal plotone alla brigata. È stato comandante della brigata Legnano durante l'operazione Vespri Siciliani nel 1992 dopo gli attentati contro Falcone e Borsellino. Nel 2003 è stato Comandante del Comando interforze delle Operazioni nei Balcani. È membro delle Conferenze Mondiali Pugwash e del Comitato scientifico della rivista *Limes*. **Mini in un'intervista rilasciata a Radio Base 48 il 21 febbraio 2008 dice dell'esistenza della guerra ambientale.**

³ <https://it.euronews.com/2019/08/06/gli-stati-uniti-accusano-la-cina-di-manipolare-la-valuta>

<https://www.fasi.biz/it/notizie/novita/4540-solare-industrie-europee-e-americane-accusano-la-cina-di-concorrenza-sleale.html>

<http://www.asianews.it/notizie-it/Gli-Usa-accusano-l'E2%80%99agenzia-stampa-Xinhua-di-E2%80%9Cconcorrenza-sleale%E2%80%9D-11040.html>

⁴ Secondo uno studio della Kpmg Corporate Finance, società di consulenza, ripreso da *Le Monde diplomatique* del 20.08.1999, nel corso del primo trimestre del 1999, sarebbero state effettuate circa 2500 operazioni di fusioni-acquisizioni per un ammontare di 411 miliardi di dollari di dollari con un rialzo del 68% rispetto al primo trimestre del 1998.

⁵ Le tigri asiatiche sono il nome che è stato attribuito verso la fine degli anni '90 principalmente a 4 paesi asiatici (Taiwan, Sud Corea, Singapore e Hong Kong) per via del loro ininterrotto sviluppo degli ultimi decenni, anche se questo termine si può riferire alla maggioranza dei mercati in rapida crescita nell'estremo oriente. Il termine Quattro Draghi è stato spesso usato come sinonimo di tigri asiatiche e si riferisce alle stesse quattro nazioni. Alle quattro economie emergenti maggiori dell'area si sono affiancate le cosiddette tigri minori o piccole tigri ovvero altri quattro stati: Malesia, Indonesia, Tailandia e Filippine.

⁶ La Cina possiede 1.120 miliardi di dollari (pari a circa mille miliardi di euro) di titoli di debito Usa. Sul mercato mondiale dei prestiti americani, la quota della Cina è pari al 7%, mentre l'ex Celeste impero è il primo creditore degli Stati Uniti, davanti al Giappone e rappresenta il 17% del debito sovrano americano detenuto da investitori stranieri.

<https://www.italiaoggi.it/news/pechino-ha-1-000-mld-di-bond-usa-2363664>

⁷ Certamente l'epidemia di coronavirus le difficoltà di Pechino. Né poteva essere diversamente. Wuhan e la provincia dell'Hubei sono tra le più industrializzate della Cina. Là sono concentrate molte industrie elettroniche, là si trova il più grande polo automobilistico del paese. **Lo stop delle attività ha inferto un duro colpo alla produzione cinese. Ma già a febbraio i dati ufficiali parlavano di un indice composito dell'attività manifatturiera calato a un valore oscillante, a seconda delle stime, fra il 35,7 e 27,8 punti, più basso del livello raggiunto nel 2008 in piena crisi finanziari mondiale. Analogi casi nel settore dei servizi.**

⁸ Un trucco che qualche medico italiano ha provato a “vendere” anche nella televisione italiana è di dire che la data persona morta a seguito di crisi respiratoria, o complicazioni a carico del cuore o altro, non è “morta di” coronavirus, ma è “morta con” il coronavirus. Ovvero è morta per altre cause, mentre il coronavirus è solo una concausa. Un poco come se si dicesse che una persona che viene trapassata da una pallottola al cervello, in seguito al quale evento il cuore si ferma, non è morto per la pallottola, ma per l’arresto cardiaco. Nello stesso modo un anziano (o un giovane) con varie problematiche pregresse che muore in terapia intensiva sarebbe morto per queste e non per la causa della terapia. Peccato che altrimenti sarebbe ancora con noi.

⁹ <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/02/27/coronavirus-cosa-non-ha-funzionato-nella-sanita-lombarda/5718745/>

¹⁰ Come risulta ad esempio ai microfoni di “37e2”, la trasmissione sulla salute di Radio Popolare.